

Triaje, selección de pacientes, directrices éticas y... ¿delitos?

Un análisis de situación ante la pandemia del COVID-19

Por Luis Guillermo Blanco (*)

Sumario: I. Triaje. Guerra, catástrofes, homicidio piadoso y eutanasia. II. El triaje hospitalario en los cuartos de urgencia.- III. Prestación de asistencia médica en ocasión de la pandemia de COVID-19 y elección de pacientes.- IV. Directrices deontológicas y bioéticas para la selección y atención de pacientes afectados por COVID-19.- V. Argumentos jurídicos, hipotéticos delitos, realidades y conclusiones.-

I. Triaje. Guerra, catástrofes, homicidio piadoso y eutanasia.

Es un lugar común en las publicaciones médicas especializadas decir que la palabra *triage* -en castellano: triaje- proviene del vocablo francés “trier” cuyo significado es clasificación o selección, y que actualmente su concepto, aceptado por toda la comunidad médica mundial, refiere a un sistema de selección y clasificación de pacientes en el servicio de urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo, o más exhaustivamente, a “un proceso de clasificación de pacientes en diferentes niveles de prioridad y que de acuerdo a una condición física, signos y síntomas y nivel de gravedad, se escogen los pacientes con mayor riesgo de muerte frente a pacientes con lesiones menores” ⁽¹⁾. Pero esto tiene su historia, y además, como se verá, dicho concepto poco y nada tiene que ver con la dramática situación planteada por la pandemia del COVID-19.

En cuanto a lo primero, y en cuanto a su origen, es de ver que “la práctica del triaje sanitario surge de las necesidades de la guerra y sus orígenes están íntimamente relacionados con los requerimientos militares” ⁽²⁾. Al respecto, explica Illescas Fernández, que “las guerras napoleónicas básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y clasificación de pacientes. El barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas, recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: «Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse». Para lograr este propósito entrena al personal militar sanitario en la identificación de lesiones y les proporciona carrozas tiradas con caballos, recubiertas de pelo de crin de caballo, lo que reduce la incomodidad,

(*) Abogado (UBA). Fue docente-investigador de la UBA (Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales “Ambrosio L. Gioja” - Facultad de Derecho) y Miembro del Comité Hospitalario de Ética del Hospital de Clínicas “José de San Martín” (Facultad de Medicina, UBA). Es docente del Instituto de Seguridad Pública de la provincia de Santa Fe.

⁽¹⁾ Cfr. “Historia definición y sistemas de TRIAGE”, Curso de triaje para personal de salud - Educación especializada virtual en salud 2EVS (Colombia) <https://2evs.co/historia-del-triage/> (Último acceso: 20/05/2020).

⁽²⁾ Gargantilla Madera, Pedro y Martín Cabrejas, Berta M.: *Los orígenes militares del triaje*, “Emergencias”, Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Vol. 31, N° 3, 2019, ps. 205/206 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6921659> (Último acceso: 20/05/2020).

favoreciendo el traslado de los soldados con potencial de recuperación al puesto médico para recibir los cuidados por parte de los médicos militares” (3).

De allí en más, se han diseñado varios sistemas para estandarizar la selección y clasificación de pacientes, tanto para el triaje hospitalario (al cual nos referiremos más adelante) (4) como para el triaje extrahospitalario (5), en particular, en situaciones de desastre, ya naturales (tsunamis, inundaciones, etc.), ya provocados por el hombre (contaminaciones químicas, explosiones, etc.) (6). Y obvia y lamentablemente, también en situaciones de guerra (7), tales como, entre tantas otras, en la guerra de Malvinas (8).

Por supuesto, en situaciones de catástrofe (bélicas o no), y en otras similares, hay heridos que presentan lesiones de una magnitud tal que, en situación, descartan toda posibilidad de supervivencia. Por caso, nos recuerda José Ingenieros que, en las poblaciones rurales de los países sudamericanos, incluyendo la nuestra (9), “despenar” (10) ha sido un

(3) Illescas Fernández, Gerardo J.: *Triage: atención y selección de pacientes* <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf> Ver Phillips, Abril: *Dominique Larrey, el médico napoleónico que inventó el triaje y la ambulancia* (12/04/2020) <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200412/48397325397/coronavirus-triaje-ambulancia-dominique-larrey-napoleon.html> (Último acceso a ambos sitios: 20/05/2020). Singer, Peter: *Ética práctica*, Ariel, Barcelona, 1991, p. 216, alude a la “política de «selección» o *triage*”, diciendo (con ciertos errores y notorio desconocimiento del triaje actual) que “se llamaba así una política que los médicos solían adoptar durante la guerra. Como los médicos eran demasiado pocos para atender todas las bajas, se dividían a los heridos en tres categorías: los que probablemente sobrevivirían sin asistencia médica, los que podrían sobrevivir si recibían asistencia, pero de otra manera probablemente no, y los que, incluso con asistencia médica, probablemente no sobrevivirían. Sólo se prestaba asistencia médica a los del grupo intermedio. Lo que se procuraba, naturalmente, era usar los limitados recursos médicos de que se disponía de la manera más eficaz posible. Para los de la primera categoría, el tratamiento médico no era estrictamente necesario; para los de la tercera, lo más probable es que fuese inútil”.

(4) Adelantamos aquí que, de acuerdo con Illescas Fernández, G. J., ob cit. en la nota (3), se debe hacer triaje “en todos los escalones de la atención médica, tantas veces como sea necesario. Es preciso establecer que el triaje es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los pacientes y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificar la respuesta final”.

(5) El triaje extrahospitalario en situación de catástrofe tiene como principal fin la clasificación y temprana evacuación de los heridos, no solo dependiendo de su gravedad sino también de su pronóstico, y el establecimiento de tiempos de atención en función de los plazos terapéuticos.

(6) Martín Mandujano, Salvador: *Triage en situaciones de desastre*, “Cirujano General”, Vol. 32 - Supl. 1, México, 2010 <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cge101m.pdf> (Último acceso: 20/05/2020).

(7) Giannou, Christos y Bladan, Marco: *Cirugía de guerra. Trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia*, Vol. 1, Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra, Suiza, 2011 http://www.fcomci.com/sites/default/files/cirugia_de_guerra.pdf (Último acceso: 20/05/2020).

(8) P. ej., ver Espiniella, Fernando: *Los Puestos de Socorro de la Sanidad de la Fuerza Aérea Argentina en la Guerra de las Islas Malvinas* <http://www.fundacionmalvinas.org/contenido/leer/19065/los-puestos-de-socorro-de-la-sanidad-de-la-faa-en-la-guerra-de-las-islas-malvinas> (Último acceso: 20/05/2020).

(9) Ingenieros, José: *La psicopatología en el arte*, 2da. Edición, Talleres Graf. Arg. de J. L. Rosso y Cía., Bs. As., 1920 (VI. “La piedad homicida”), p. 128: “El hábito de despenar ha sido común en nuestra antigua población rural, pero siempre aplicado a casos de heridas o accidentes graves, rara vez por enfermedad crónica. Por otra parte, se ha despenado siempre usando arma blanca; jamás se ha empleado estrangulación manual”.

(10) Diccionario de la Lengua Española (RAE), despenar: “1. tr. Arg., Par., Perú y Ur. Rematar, ayudar a morir al moribundo”.

deber de un buen amigo, y negarse a hacerlo se reputa como un acto deshonesto, mezcla de impiedad y cobardía”⁽¹¹⁾.

“Despenar” fue algo común, en situaciones límite (drásticas) para las tropas militares⁽¹²⁾, pero podría decirse que no sólo en la campiña y en esa época. El 7 de julio de 1927, se produjo una tragedia ferroviaria en la localidad de Alpatocal (Mendoza)⁽¹³⁾ “en circunstancias -relata Levene- que llegaba una delegación de cadetes chilenos para asociarse” a nuestra fiesta patria (9 de Julio). “Fue un desastre horroroso, pues volcaron varios vagones. Algunos pasajeros murieron, muchos resultaron heridos y como clamase uno de los cadetes chilenos para que se le diese el tiro de gracia, en virtud de que estaba carbonizado y mutilado, uno de los oficiales ordenó que se le diera la muerte piadosa”⁽¹⁴⁾. Por supuesto, no se instruyó proceso alguno. Y técnicamente, aquí nos encontramos ante un claro caso de homicidio piadoso⁽¹⁵⁾ cometido a ruego⁽¹⁶⁾, figura penal que, como se sabe, no se encuentra prevista en nuestra legislación⁽¹⁷⁾.

⁽¹¹⁾ Ingenieros, J., ob. cit., p. 125.

⁽¹²⁾ Ingenieros, J., ob. cit., ps. 125/126: “La costumbre, más acentuada entre los soldados que en la población civil, había tenido justificativos legítimos. La extensión del territorio, la falta de medios de transporte y la escasez de población, habían demostrado la inutilidad de trasladar a grandes distancias enfermos o heridos que por su gravedad se consideraban moribundos. Llevarlos a lomo de caballo era precipitar su muerte; abandonarlos en el desierto equivalía a centuplicar los sufrimientos de su agonía, agregando el hambre y la falta de asistencia. Y en la hora postrera los tigres cebados y las aves de rapiña podían llegar a comerlos, semivivos todavía... Se comprende que los soldados moribundos implorasen de sus compañeros que los «despenaran» cuando era forzoso abandonarlos; y es sabido que los deudos del muerto solían recibir la noticia por el mismo ejecutor, agradeciéndole profundamente que no lo hubiesen dejado moribundo en el desierto (...). La costumbre americana de «despenar» es un caso de atavismo moral determinado por circunstancias mesológicas y sociales...; el desamparo y abandono de un moribundo revelaba una crueldad cien veces mayor que el acto doloroso de abreviar su agonía”.

⁽¹³⁾ P. ej., ver <https://elarcondelahistoria.com/la-tragedia-de-alpatocal-09071927/> y <http://www.academiahistoriamilitar.cl/academia/se-cumplen-90-anos-de-la-tragedia-de-alpatocal/> (Último acceso a ambos sitios: 19/05/2020).

⁽¹⁴⁾ Levene, Ricardo (h.), *Homicidio piadoso*, La Ley, 79-883.

⁽¹⁵⁾ El *homicidio piadoso* (también llamado homicidio por piedad o por compasión, pietístico, misericordioso o altruista) -matar a otro para liberarlo de un sufrimiento insoportable-, es una figura de derecho penal que parte del concepto de homicidio como delito doloso para atenuar la sanción (p. ej., Cód. Penal del Perú, art. 112; de Costa Rica, art. 116 y del Paraguay, art. 106) o despenalizarlo en tales circunstancias, o bien, contemplándolo como causal de impunidad, de darse ciertos recaudos, mediante perdón judicial (p. ej., Cód. Penal del Uruguay, arts. 37 y 127; también, Cód. Penal de Bolivia, art. 257, que remite a su art. 64). Se lo puede distinguir del *homicidio a petición* (también llamado homicidio a ruego), pues el homicidio piadoso puede tipificarse como tal sin necesidad de pedido del afectado (p. ej., Cód. Penal de Colombia, art. 326), y además, en algunas legislaciones el homicidio a ruego no necesariamente requiere que aquél padezca alguna enfermedad o las consecuencias de un accidente, ni que sufra dolores físicos (p. ej., art. 216 del Cód. Penal de Alemania. Ver Jacobs, Günther, *Sobre el injusto del suicidio y del homicidio a petición*, Ed. Universidad Externado de Colombia - Centro de Investigaciones de Derecho Penal y Filosofía del Derecho, 1999).

⁽¹⁶⁾ Cfr. Blanco, Luis G., “Homicidio piadoso consentido”, en Tealdi, Juan C. (Director): *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, UNESCO - Red Bioética - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética & Universidad Nacional de Colombia, 2008, ps. 503 y ss. (disponible en la web, entre otros sitios, en <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>); “Homicidio piadoso”, en Gil Domínguez, Andrés (Director): *Muerte digna*, VV.AA., Ed. La Ley, Bs. As., 2013, ps. 383 y ss. Desconocemos por qué, hace días, el “Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria” (DELS - Legislación en Salud de la República Argentina – Ministerio de Salud de la Nación -auspiciado por la OPS y por la UNESCO, 2017)

Pero también puede acontecer un homicidio piadoso sin necesidad de pedido ni de consentimiento del afectado. Ejemplifiquemos. Vietnam del Sur, marzo de 1945 (a esa fecha, era Conchinchina). En el lugar en que se produjo una emboscada, un oficial francés encuentra a uno de sus hombres “empalado a un bambú, con la cara tumefacta, una pierna dislocada, llagas en todo el cuerpo, a medio desnudo... Todavía estaba vivo, vomitando sangre entre hipos y estertores”. Le inyecta una serie de ampollas de morfina, y a la media hora muere. Un tiempo después llega el convoy del batallón y la ambulancia. “Los médicos declararon que no hubiera podido sobrevivir en ningún caso y que, sin la dosis de morfina, hubiese sufrido atrocemente”⁽¹⁸⁾. De igual modo, en tiempos de paz, si por causa de un accidente de tránsito un conductor quedase aprisionado en su automóvil, entre fragmentos metálicos, inconsciente, mutilado y calcinado, pero vivo, y alguien lo matase con algunos disparos de un arma de fuego, la tipificación del homicidio piadoso se encuentra fuera de duda⁽¹⁹⁾.

Por lo tanto, en situaciones de guerra o de catástrofe en tiempos de paz, medie o no triaje -y por supuesto, en situaciones particulares (p. ej., “despenar” a un amigo accidentado)-, puede acontecer la comisión de homicidios por piedad, consentidos o no. De igual modo, en tiempos de guerra⁽²⁰⁾ y en cualquier otro, también pueden acontecer situaciones propiamente eutanásicas⁽²¹⁾, expresión que requiere de una serie de precisiones elementales⁽²²⁾.

(<http://www.salud.gov.ar/dels/>) no se encuentra accesible. Allí obran (u obraban) una entrada temática y cuatro voces de nuestra autoría (<http://www.salud.gov.ar/dels/autores/blanco-luis-guillermo>), entre ellas: *Homicidio piadoso* <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/homicidio-piadoso> (Último acceso a estos sitios: 26/05/2020).

⁽¹⁷⁾ El proyecto de Cód. Penal elaborado por la Comisión presidida por el Dr. Mariano H. Borinsky contempla medianamente bien (sólo alude a “enfermedad”) al homicidio piadoso consentido en su art. 81: “Se impondrá prisión de tres (3) a seis (6) años:... 4º) Al que, por sentimientos de piedad y por un pedido serio, expreso e inequívoco de quien esté sufriendo una enfermedad incurable o terminal, causare la muerte del enfermo. La misma pena se impondrá aun si mediare vínculo de parentesco, conyugal o de convivencia”.

⁽¹⁸⁾ Barrère, Igor y Lalou, Étienne: *Dossier confidencial sobre la eutanasia*, La Aurora, Bs. As., 1977, ps. 50/51.

⁽¹⁹⁾ Este ejemplo se inspira en su similar dado por Merkel, R.: “Der stuit um lebel und tod”, en *Merkum*, N° 536, Noviembre de 1993, p. 956, según la cita efectuada por Broekman, Jan M.: *Encarnaciones. Bioética en formas jurídicas*, Quirón, La Plata, 1994, p. 140, nota 6).

⁽²⁰⁾ Sobre la eutanasia en tiempos de guerra, p. ej., ver el excelente trabajo de Icart Isern, María T., Icart Isern, María del C. y Freixa, Maite G.: *Triaje (2009): la ética en tiempos de guerra*, en “Revista de Medicina y Cine”, Vol. 8 - N° 4, Ediciones Universidad de Salamanca, 2012, en particular y a favor de su práctica, las citas que efectúan de lo opinado por el Dr. Thomas E. Beam https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/125007/vol8_num4_original3_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Último acceso: 22/05/2020)

⁽²¹⁾ Sin perjuicio del correcto empleo de los vocablos “eutanasia”, “distanasia” (prolongación irrazonable) y “ortotanasia” (permitir morir dignamente), nos parece preferible hablar de *situaciones* eutanásicas, distanásicas y ortotánásicas, dado que siempre se tratará de casos particulares, referenciando así los conceptos de estas tres figuras a cada situación concreta.

⁽²²⁾ En lo que sigue, cfr. Blanco, Luis G., “Morir con dignidad”, en Tealdi, J. C.: *Diccionario Latinoamericano...*, cit., ps. 508 y ss.; “El derecho a morir con dignidad”, en Garay, Oscar E. (Coordinador), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica: civil y penal*, T° II, 2da. Edición, La Ley, Bs. As., 2014, T° II, ps. 105 y ss.; y en el DELS (ver nota [16]), *Muerte digna* (2017) <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/muerte-digna> y *Morir con dignidad* <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/morir-con-dignidad> (2017) (Último acceso: 26/05/2020).

De conformidad con los conceptos dados por las asociaciones que defienden su práctica y por las leyes que la contemplan ⁽²³⁾ y a fin de evitar los errores (horrores) ⁽²⁴⁾ y

⁽²³⁾ Actualmente -hasta donde sabemos-, la eutanasia (como acto ejecutado por personal médico) y el suicidio médicamente asistido (SMA) sólo son legales en cinco países: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá (su legislación también contempla al SMA) y Colombia. El SMA es legal en Suiza y tres estados de los Estados Unidos de América: Oregón, Montana y Washington. La experiencia de Colombia merece ser relatada: En su sentencia C-239/1997, del 20/05/1997 (plena de imprecisiones conceptuales, tales como equiparar a la “eutanasia activa indirecta” con los cuidados paliativos, circunscribiéndolos a la narcosis, etc.), la Corte Constitucional de Colombia (caso “Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal”, La Ley, 1997-F-509, con nuestro comentario: *Homicidio piadoso, eutanasia y dignidad humana*), además de declarar la exequibilidad (constitucionalidad) de dicho art. 326 (que había sido cuestionada), por mayoría y mucho más allá de tal cuestión justiciable, otorgando una especial relevancia a la voluntariedad y al consentimiento informado dado por un enfermo lúcido, en estado terminal y acosado por dolores y sufrimientos insoportables, a para proceder a una práctica eutanásica por él requerida (no así curiosamente, al dado por ese automovilista accidentado de nuestro ejemplo, condenado a una muerte cruel), estableció que, conforme a la reinterpretación de la normativa penal que la Constitución de 1991 obligaba a efectuar, no puede haber oposición a la decisión y solicitud expresa de ayuda para morir formulada por dicho paciente, elevándola a causal de atipicidad si el sujeto activo es un médico. Por lo cual en tales circunstancias no existe responsabilidad para el médico que acoja tal petición, ya que su conducta resulta justificada y queda excluida de dicho art. 326, no siendo punible. Y el 15/12/2014, la Sala 9ª de Revisión de dicho Tribunal (sentencia T-970/14), en lo sustancial, en cuanto al art. 326, consideró que el Estado no puede “castigar a quien pone fin a la vida de un enfermo terminal cuando medie su consentimiento”, por lo cual “esa sería una causal de exclusión”, siendo que su autor “no sería reprochable penalmente”, pero si no mediase tal “consentimiento, la figura penal recobra vigencia y por tanto debería sancionarse la conducta”. Sosteniendo además que “la eutanasia es tan solo un procedimiento para proteger el derecho a morir dignamente”, reconociéndolo como un derecho fundamental. Recordó que había despenalizado a la eutanasia en los términos de su sentencia C-239/1997, aclarando que en este supuesto “la conducta del sujeto activo” (el médico) “no es antijurídica y por tanto no hay delito”, y que en caso de faltar alguno de esos elementos, el actor “será penalmente responsable por homicidio”. Exhortó “al Congreso de la República a que proceda a regular el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración los presupuestos y criterios establecidos en esta providencia”, y ordenó al Ministerio de Salud que emita una directriz y disponga todo lo necesario para que todos los prestadores del servicio de salud conformen un comité interdisciplinario que cumpla “funciones cuando se esté en presencia de casos en los que se solicite el derecho a morir dignamente”, sugiriendo que se establezca un protocolo médico que sirva como referente para los procedimientos tendientes a garantizar tal derecho, con expresa mención a la eutanasia. Ante ello, el Ministerio de Salud emitió la Resolución 1216 (del 20/04/2015, cuyo contenido se reitera en la Circular 013 del 2015 de la Superintendencia de Salud), en la cual, partiendo del postulado de que existen “multiplicidad de procedimientos que garanticen una muerte digna” (p. ej., cuidados paliativos) a elegir por el paciente, impartió directrices “para la conformación y funcionamiento de los Comité Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas” en las dos sentencias antes citadas (art. 1º), todo lo cual se establece en sus siguientes diecisiete artículos de fondo, expidiendo un “Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia” (ver <https://redbioetica.com.ar/eutanasia-en-colombia-es-ley/>). Más adelante, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó la Resolución 825, de fecha 09/03/2018, referente al derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes, la cual reglamenta el procedimiento para hacer efectiva la eutanasia en adolescentes y excepcionalmente en niños y niñas entre 6 y 12 años. Luego, un proyecto de ley fue desestimado (Ocampo Rodríguez, Ángel: *Por dos votos, Congreso niega reglamentación de la eutanasia en Colombia* [04/12/2019] <https://www.rcnradio.com/politica/el-congreso-le-dice-no-la-reglamentacion-de-la-eutanasia-en-colombia>). Por lo tanto, en Colombia continúa rigiendo la norma penal referente al homicidio piadoso, quedando la eutanasia al margen de tal precepto, constituyendo un hecho lícito, cuyo procedimiento se encuentra regulado por las resoluciones ministeriales de mención.

⁽²⁴⁾ Por caso, es obvio que *eutanasia* y “*euta-nazi-a*” son conceptos (y realidades) harto diferentes (cfr. Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle.: *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Herder, Barcelona, 1990, ps. 107/108; Farrel, Martín D.: *La ética del aborto y la eutanasia*, Abeledo-Perrot, Bs. As., 1985, ps. 104/106), no pudiendo llamarse “eutanasia” a los delitos de guerra y de lesa humanidad (genocidio) cometidos por la Alemania nazi. Ver Tealdi, Juan C.: “Genocidio”, en Tealdi, J. C., *Diccionario Latinoamericano...*, cit., ps. 513/514. La confusión y los errores en los que, por emplear una idea ridícula (“eutanasia involuntaria”), incurre Singer, P., ob. cit., ps. 192/196, son desafortunadamente mayúsculos.

ambigüedades existentes -conceptos imprecisos, clasificaciones complejas, distinciones vagas y reduccionismos desacertados, que conducen, aún de buena fe, a notorias confusiones y equívocos-⁽²⁵⁾, reservamos el nombre de *eutanasia*, única y exclusivamente, para la acción médica con la cual se pone fin, intencional, anticipadamente y en forma directa, a la vida de un enfermo próximo a la muerte y que así lo solicita, para lograr de este modo dar término a los padecimientos (dolor, sufrimiento, angustia) de su agonía.

En otros términos, la eutanasia significa la provocación de la muerte, efectuada por un profesional de la salud (habilitado para ello) a un paciente portador de una enfermedad (o lesiones) que le acarrearán la muerte próxima (pudiendo contarse en horas o días en los casos agónicos o moribundos y en semanas o meses en los que estilan ser denominados como pacientes “terminales”)⁽²⁶⁾, a su requerimiento (su voluntad explícita en tal sentido) y en su propio beneficio (evitar un deterioro de su calidad de vida o un padecimiento que ese paciente no desea soportar), por medio de un procedimiento absolutamente seguro en cuanto a que su aplicación producirá el resultado esperado en un tiempo mínimo y sin provocar dolor ni sufrimiento: la administración de un veneno o una droga en dosis tóxica mortal (de ordinario, una inyección letal)⁽²⁷⁾.

⁽²⁵⁾ P. ej., entre otros, Dworkin, Ronald: *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, Ariel, Barcelona, 1994, ps. 9 y 279, quien se limita a conceptualizar vagamente a la “eutanasia” diciendo que ella “significa matar deliberadamente a una persona por benevolencia”, refiriéndose luego a sus “variadas formas” (“suicidio, asistencia al suicidio o cancelación de tratamientos médicos o soportes vitales”), con lo cual su discurso -de suyo puramente teórico- se torna propicio para generar groseras confusiones, al abarcar erróneamente situaciones muy distintas, y aún antitéticas. También es grosero lo opinado por Obiglio, Hugo O. M.: *Consecuencias éticas de la eutanasia*, en *Revista del Profesional*, N° 18, Acción Católica Argentina, Bs. As., enero de 1996, p. 40, quien califica a los *homicidios* -en el más puro sentido técnico-jurídico del término- cometidos por cuatro auxiliares de enfermería del Hospital Lainz de Viena (Austria) -habían matado a pacientes ancianos y “fastidiosos”- como “casos de eutanasia” (*Sic.*) (?), crímenes que, ni ética ni legalmente, pueden ser así considerados. Para su enfoque criminológico, ver Garrido Genovés, Vicente: *Perfiles Criminales. Un recorrido por el lado oscuro del ser humano*, Editor digital: epl, 2012, ps. 219 y ss. <http://www.pensamientopenal.com.ar/miscelaneas/43913-perfiles-criminales-recorrido-lado-oscuro-del-ser-humano-vicente-garrido> (Último acceso: 21/05/2020).

⁽²⁶⁾ Como se sabe, la expresión “paciente terminal” (una terminología propiamente ferroviaria) se utiliza pacíficamente en la práctica médica para referirse al enfermo que presenta un daño irreversible ya comprobado, causado por una enfermedad avanzada e incurable por los medios técnicos existentes, por lo cual se estima que posiblemente va a morir en un tiempo relativamente breve (menos de seis meses, semanas, días), más o menos previsible, por carecer la ciencia médica de una terapéutica curativa. Pero de ese mismo concepto resulta que lo “terminal” es la enfermedad, o, mejor aún, su última fase (cuando ya linda con la próxima y pronta muerte del afectado) -o sea que lo “terminal” alude a una etapa evolutiva de la enfermedad-, y que el paciente es ya irrecuperable, dada su imposibilidad de respuesta a tratamientos específicos. Por su parte, considera Gherardi, Carlos R.: “La dignidad de la libre decisión del paciente”, en *El Médico del Conurbano*, Año 7, N° 75, Órgano de Difusión de los Médicos del Conurbano Bonaerense, setiembre de 1996, p. 30, que “la terminalidad es una condición evolutiva muy difícil de determinar con precisión aunque parece razonable aceptar que se instala cuando la expectativa de muerte, como consecuencia directa de la enfermedad, aparece en la mente del paciente, de la familia y del médico”. Ver Peralta, Andrés: “Enfermedad terminal”, en Tealdi, J. C., *Diccionario Latinoamericano...*, cit., ps. 492/495. Como fuera, para el paciente cuya enfermedad se encuentra en estado terminal, antes de su muerte, siempre hay un “aquí y ahora”, es decir, una situación de vida, no así de “sobrevida” (expresión que, por ello, nos resulta inadmisibles), por lo cual merece el respeto y la atención que se le pueda y deba brindar, lo cual hace a su derecho a morir dignamente.

⁽²⁷⁾ Ver Gherardi, Carlos R.: *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Biblos, Bs. As., 2007, ps. 152/156.

Con ello, quedan excluidos del concepto de eutanasia tanto la negativa informada de un paciente a una práctica médica aconsejada que podría preservar su vida, así como también, y en ambos casos por expresa disposición de ley ⁽²⁸⁾, la abstención y el retiro de medios de soporte vital ⁽²⁹⁾ -temperamentos mal llamados “eutanasia pasiva” voluntaria e indirecta (una expresión impropia “de estilo”, que sólo lleva a confusión)-, aún en caso de tratase de menores de edad. En tanto que, si no se prestase arbitrariamente (dolosa o culposamente, por impericia o negligencia) a un paciente un tratamiento disponible cualquiera, ordinario, proporcionado o debido, no corresponde hablar aquí de eutanasia “por omisión” (“indirecta” e “involuntaria”: esto último, para el paciente), sino que estaremos ante un delito de abandono de persona o de homicidio culposo o doloso.

Ello así, queda claro que, sin perjuicio de lo que éticamente pueda considerarse con respecto al homicidio piadoso o a ruego y al SMA ⁽³⁰⁾, su tipicidad dependerá, en definitiva, de su contemplación -o no- por el ordenamiento jurídico del país de que se trate, dado que es aquí la ley la que ha de indicar cuándo y en qué condiciones puede darse -o no- ese tipo penal (o efectuarse lícitamente una práctica eutanásica o un SMA). Lo anterior, abstracción hecha de que, entre otras contingencias, en ocasiones, se practique (veladamente, y con la anuencia familiar) la eutanasia. Lo cual, de no trascender al ámbito jurídico (en nuestro ordenamiento, se trataría de un delito de homicidio), quedará en la conciencia de sus actores ⁽³¹⁾.

Más allá de estas situaciones extremas, en tiempos de paz -y haya o no catástrofes o pandemias-, recordando que no todo tratamiento es beneficioso para todo paciente en cualquier situación -simplemente, porque el sentido y la realidad de un tratamiento se mide por la esperanza de curación o alivio- ⁽³²⁾, como se sabe, ante pacientes que están más allá de

⁽²⁸⁾ Ley 26.529 (reformada por la ley 26.742) de “Derechos del Paciente”, arts. 2º, inc. e), 5º, incs. g) y h), 7º, inc. f) y 10; Cód. Civil y Comercial, art. 59, incs. f), g) y h).

⁽²⁹⁾ Ver Gherardi, Carlos R.: *La muerte intervenida. Soporte vital: Abstención y retiro en el paciente crítico*, en Blanco, Luis G. (Compilador): *Bioética y Bioderecho. Cuestiones actuales*, Universidad, Bs. As., 2002, cit., ps. 351 y ss.; y del mismo autor, *Vida y muerte en terapia intensiva...*, cit., ps. 129 y ss.

⁽³⁰⁾ Vale acotar que Charlesworth, Max: *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge University Press, Gran Bretaña, Ira. ed. española, 1996, ps. 35/49, señala que la expresión “derecho a morir” significa “que la gente tiene el derecho, como un agente moral autónomo, a decidir en ciertas circunstancias que su calidad de vida está tan disminuida que continuar con una existencia así no tiene humanamente ningún sentido y por lo tanto puede acabar con ella (...), la gente tiene el derecho de determinar y controlar las circunstancias de su muerte, de la misma forma que ellos determinan y controlan las circunstancias de su vida”. En nuestro país, se han pronunciado a favor del derecho a decidir sobre la propia muerte, recurriendo a la eutanasia voluntaria, en general, en casos excepcionales, y proponiendo su despenalización, Arribère, Roberto y Del Valle, Isabel: “La eutanasia y la necesidad existencial de la muerte”, en Blanco, L. G., *Bioética y Bioderecho...*, cit., ps. 377 y ss.; Dopaso, Hugo: *El buen morir. Una guía para acompañar al paciente terminal*, Era Nacientes, Bs. As., 1994, ps. 94 y ss., y Farrel, Martín D.: “Apresurando la propia muerte”, en *Perspectivas bioéticas en las Américas*, Año 1, N° 1, FLACSO, Bs. As., 1996, ps. 92 y ss.

⁽³¹⁾ Como, por poner un ejemplo histórico, la muerte de Sigmund Freud, pues fue su médico particular (Max Schur) quién le inyectó las dosis mortales de morfina, tal como lo habían acordado hace años previniendo que la situación que padecía Freud (un cáncer de mandíbula, 33 operaciones, 16 años de dolor, a la fecha de su muerte: 23/9/1939) lo tornase necesario (cfr. Dopaso, H., ob. cit., ps. 89/90).

⁽³²⁾ Cfr. Baudouin, J.-L. y Blondeau, D., ob. cit., p. 95.

toda posible curación (estados críticos irreversibles) ⁽³³⁾ -casos en los cuales corresponde repudiar, ética y jurídicamente, la implementación de prácticas médicas que no tienen ya ningún sentido terapéutico y que sólo resultan hábiles para prolongar la agonía (distanasia y obstinación médica, esta última, habitualmente mal llamada “encarnizamiento terapéutico”) ⁽³⁴⁾-, debe estarse a su derecho a morir dignamente ⁽³⁵⁾.

II. El triaje hospitalario en los cuartos de urgencia.

Según la OPS ⁽³⁶⁾, “existe un consenso generalizado, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación del triaje estructurado y de la categorización de la urgencia en los cuartos de urgencias”, siendo que “el sistema de triaje estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento”. De allí que un objetivo (prioritario) de este sistema de triaje consiste en “identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo)”.

Para luego explicar claramente que el Sistema Español de Triage clasifica los niveles de urgencia en: “• Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. • Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo. • Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital. • Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial. • Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente”.

Por otra parte, se explica que “en materia de respuesta a las emergencias de carácter sanitario y en particular las originadas por infecciones respiratorias, se requiere de un abordaje de triaje más específico desde el punto de vista clínico, el cual está conceptualizado en el contexto de Triage Respiratorio”, cuya finalidad consiste en “la identificación oportuna

⁽³³⁾ Ver Gherardi, C. R., *Vida y muerte en terapia intensiva...*, cit., ps. 116/117. Huelga decir que esta cuestión no es “nueva”: ver Kübler-Ross, Elisabeth, *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona, 1993.

⁽³⁴⁾ Con razón, Baudouin, J.-L. y Blondeau, D., ob. cit., p. 95, han observado que esa denominación “tradicional” (encarnizamiento terapéutico) constituye una fórmula vacía, dado que “la realidad de un tratamiento se mide por la esperanza de curación o alivio, y sólo bajo la visión deformada de los médicos puede parecer un gesto terapéutico”.

⁽³⁵⁾ Cfr. nuestros trabajos citados en la nota (22), y también, González, Marcela A., Mainetti, José L. y Blanco, Luis G.: “Dilemas Éticos en el final de la vida. Una aproximación bioética y la legislación argentina actual”, en León Correa, Francisco J. (Coordinador), *Bioética y humanización en la práctica clínica*, Universidad de Chile, FELAIBE, Santiago de Chile, 2017, ps. 237 y ss. Versión digital en: http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/13_08_18_4.pdf (Último acceso: 26/03/2020).

⁽³⁶⁾ Organización Panamericana de la Salud: *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*, Washington, D. C., OPS, 2011 http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf (Último acceso: 20/05/2020).

de los casos sospechosos para el manejo clínico adecuado y disminuir el riesgo de transmisión del virus en lugares de consulta y atención clínica a pacientes y personal de salud”. Por lo cual los objetivos del triaje respiratorio son: “• Identificar cuadros respiratorios agudos de origen infeccioso. • Determinar tipo y gravedad de la enfermedad (diagnóstico diferencial). • Priorizar la atención. • Definir o asignar el destino inmediato del paciente (ingreso hospitalario, manejo ambulatorio, traslado, o domicilio). Agregándose que “la valoración clínica de los casos, de manera rápida y con alta sensibilidad y especificidad para la detección de los casos graves, que necesiten ingreso hospitalario o derivación a un centro de mayor nivel, es la clave de un triaje eficaz”.

Ante todo ello, queda claro que esta clasificación de la urgencia de los pacientes, tratase de triaje respiratorio o de cualquier otro, no tiene otra finalidad que su mejor y oportuna atención. Así como también que los pacientes que requieren de ventilación mecánica siempre se encuentran en los niveles II o III, sino (atención tardía) en el nivel I. Y por todo lo anterior, se evidencia que cualquier temperamento mediante el cual se priorice la atención de uno o más pacientes sobre otro u otros a quienes no se les prestará la atención médica que su cuadro clínico requiere no es ni se lo puede llamar triaje.

III. Prestación de asistencia médica en ocasión de la pandemia de COVID-19 y elección de pacientes.

Es harto sabido que en algunos países en los cuales el número de enfermos resultantes de la pandemia del COVID-19 fue (o es) altísimo, muchos de ellos, ante la saturación de los centros de salud y por falta de respiradores suficientes ⁽³⁷⁾, no pudieron ser -o no fueron- atendidos ⁽³⁸⁾, debiendo los médicos enfrentarse con la dilemática experiencia de decidir a

⁽³⁷⁾ P. ej.: *Crisis sanitaria dispara la demanda de respiradores* (24/03/2020) <https://www.dw.com/es/crisis-sanitaria-dispara-la-demanda-de-respiradores/a-52896730> & Hong, Jinshan y Lyu, Dong: *La escasez de ventiladores en todo el mundo se multiplica por 10* (25/03/2020) <https://www.pauta.cl/ciencia-y-tecnologia/bloomberg/demanda-mundial-respiradores-es-10-veces-mayor-a-la-disponibilidad> & Asuar Beatriz: *Las UCI necesitan con urgencia especialistas, sedantes y respiradores para no colapsar* (31/03/2020) <https://www.publico.es/sociedad/emergencia-coronavirus-falta-especialistas-respiradores-farmacos-crisis-uci-aboca-colapso.html> & Abeba, Adís: *Etiopía busca respiradores contra reloj* (04/04/2020) <https://www.france24.com/es/20200404-etio%C3%ADa-busca-respiradores-contra-reloj> & *Además de los respiradores, en EE.UU alertan sobre la falta de máquinas para diálisis de emergencia* (19/04/2020) <https://www.eldia.com/nota/2020-4-19-18-6-0-ademas-de-los-respiradores-en-ee-uu-alertan-sobre-la-falta-de-maquinas-para-dialisis-de-emergencia-informacion-general> & Osorio, Silvia: *La escasez de material sanitario desata una despiadada guerra comercial entre países* (05/04/2020) <https://www.diariosur.es/internacional/escasez-material-sanitario-20200405000737-ntvo.html> & *Coronavirus: cómo afecta a América Latina la pugna entre países por conseguir respiradores ventiladores, y mascarillas* (11/04/2020) <https://www.laprensa.com.ni/2020/04/11/internacionales/2661781-coronavirus-como-afecta-a-america-latina-la-pugna-entre-paises-por-conseguir-respiradores-ventiladores-y-mascarillas> (Último acceso a todos estos sitios: 25/05/2020).

⁽³⁸⁾ En este apartado y en lo que sigue, desarrollaremos lo planteado en el Pto. IV. a.) de nuestro ensayo *SARS-CoV-2: Medidas, dislates, realidades y normas jurídicas* (31/03/2020), publicado en esta Revista <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/48683-sars-cov-2-medidas-dislates-realidades-y-normas-juridicas> La situación relatada aconteció en España, Italia y Francia (*Bahiense en Francia: “los médicos deben elegir a qué paciente asistir”* (31/03/2020) <https://www.canalsiete.com.ar/bahiense-en-francia-los-medicos-deben-elegir-a-que-paciente-asistir/>), viene ocurriendo en los EE.UU. y en el Perú (*Perú superó los 92.000 casos de coronavirus y en las unidades de cuidados intensivos de Lima ya no admiten a los adultos mayores* [17/05/2020] <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/05/17/peru-supero-los-92000-casos-de-coronavirus-y-en->

quienes intubaban y a quienes no ⁽³⁹⁾. Ello a la par y más allá de los criterios médicos y éticos ordinarios de admisión de pacientes en Unidades de Terapia Intensiva (UTI – también se las llama Unidades de Cuidados Intensivos: UCI) ⁽⁴⁰⁾ (en todo caso, por causa de enfermedades

las-unidades-de-cuidados-intensivos-de-lima-ya-no-admiten-a-los-adultos-mayores/ y a la fecha, en el Brasil, sus hospitales están a punto de ser colapsados (Watson, Katy: *Coronavirus: Hospitals in Brazil's São Paulo 'near collapse'* [18/05/2020] https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52701524?xtor=AL-72-%5Bpartner%5D-%5Bbbc.news.twitter%5D-%5Bheadline%5D-%5Bnews%5D-%5Bbizdev%5D-%5Bisapi%5D&at_custom3=%40BBCWorld&at_custom2=twitter&at_custom4=6E19D46A-989B-11EA-AA73-4A054844363C&at_custom1=%5Bpost+type%5D&at_medium=custom7&at_campaign=64 Lo mismo se dice de Chile (de acuerdo con los datos oficiales, 33 mil personas están enfermas actualmente por COVID-19, de las cuales 943 están hospitalizadas en UTI, 795 se hallan conectadas a un ventilador mecánico y 148 se encuentran en estado crítico, estando ocupada el 83% de su estructura hospitalaria a nivel nacional, una cifra que aumenta en la Región Metropolitana y hace temer que el sistema sanitario no pueda enfrentar la suba de contagios - *Nuevo record de muertes en Chile por el coronavirus* [21/05/2020] <https://www.pagina12.com.ar/267327-nuevo-record-de-muertes-en-chile-por-el-coronavirus>), agregándose que en los últimos días se avivó el debate respecto a un protocolo “que habilita la posibilidad de elegir a quién se le asignará la última cama crítica con respirador en el caso de que falten” (*Con cifras récord, Chile decretó la cuarentena obligatoria y el sistema de salud está a punto de colapsar* [20/05/2020] <https://www.airedesantafe.com.ar/internacionales/con-cifras-record-chile-decreto-la-cuarentena-obligatoria-y-el-sistema-salud-esta-punto-colapsar-n156276> Habiéndose reconocido oficialmente que su sistema sanitario está al límite: *Coronavirus: Chile's president says healthcare system 'very close to the limit'* (24/05/2020) https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52793940?xtor=AL-72-%5Bpartner%5D-%5Bbbc.news.twitter%5D-%5Bheadline%5D-%5Bnews%5D-%5Bbizdev%5D-%5Bisapi%5D&at_custom4=C69CA5FC-9E29-11EA-A667-27904744363C&at_medium=custom7&at_campaign=64&at_custom2=twitter&at_custom1=%5Bpost+type%5D&at_custom3=%40BBCWorld & *Coronavirus. Desesperación en un hospital de Chile: colapsó y deben elegir a qué pacientes internar* (26/05/2020) https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/coronavirus-desesperacion-hospital-chile-colapso-deben-elegir-nid2369734?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter & *En Chile ya deciden quién vive y quién no: “Que Dios me ilumine”* <https://www.diariopopular.com.ar/internacionales/en-chile-ya-deciden-quien-vive-y-quien-no-que-dios-me-ilumine-n478742> (Último acceso a todos estos sitios: 26/05/2020).

⁽³⁹⁾ Viene al caso señalar aquí que la ventilación mecánica (un recurso terapéutico de soporte vital) “es un procedimiento que suplente la función respiratoria del paciente o le asiste para que pueda llevarla a cabo”. La ventilación mecánica no invasiva “es la que se realiza por medios artificiales (máscara facial), pero sin intubación endotraqueal”. En cambio, es invasiva cuando “se realiza a través de un tubo endotraqueal o un tubo de traqueostomía (procedimiento médico en el cual se coloca una cánula o sonda en la tráquea para abrir la vía respiratoria con el fin de suministrarle oxígeno a la persona). Es el tratamiento habitual de la insuficiencia respiratoria” (Fundación Española del Corazón: *Ventilación mecánica*, contenido revisado por Pérez, Pablo J. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/ventilacion-mecanica.html>). “Si bien muchos pacientes toleran la ventilación mecánica a través de un tubo endotraqueal sin necesidad de sedantes, algunos sí requieren la administración IV de sedantes (p. ej., propofol, lorazepam, midazolam) y de analgésicos (p. ej., morfina, fentanilo) para minimizar el estrés y la ansiedad (...). Los pacientes con ventilación mecánica por síndrome de dificultad respiratoria aguda requieren altos niveles de sedación y analgesia” (Patel, Bhakti K.: *Generalidades sobre la ventilación mecánica* [2018] <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-criticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilacion-mecanica/generalidades-sobre-la-ventilacion-mecanica>), siendo “frecuente inducir el coma en pacientes que presentan lesiones cerebrales, ventilación mecánica prolongada o que necesiten reposo absoluto durante mucho tiempo” (Gutiérrez Muñoz, Fernando: *Ventilación mecánica*, Acta Médica Peruana versión On-line ISSN 1728-5917 [2011] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200006). Se ha dicho que “la demanda de ventilación es tan grande en los pacientes con Covid-19 que además del coma farmacológico (anestesia y sedación) hay que sumar bloqueantes neuromusculares para mejorar la asistencia” (Navarra, Gabriela: *Coronavirus: con una tarea vital, los kinesiólogos manejan los respiradores en terapia intensiva* [21/0/2020] <https://www.lanacion.com.ar/salud/coronavirus-tarea-vital-kinesiologos-intensivistas-manejan-respiradores-nid2356421>). Último acceso a todos estos sitios: 20/05/2020.

⁽⁴⁰⁾ En general, ver el excelente libro de Gherardi, cit. en la nota (27).

críticas o traumatismos que ponen en peligro su vida, y también para control post-operatorio [⁴¹], no así para los pacientes que no tienen cura posible y cuya internación en una UTI ningún beneficio cierto puede reportarles) (⁴²), según distintas variables a considerar, tales como, fuera de la existencia de patologías previas, la edad del paciente y el estado de afectación en que se encuentra por el COVID-19 que padece (⁴³), tal como, sin eufemismos, lo dijo claramente Christian Salaroli (médico italiano): “«Al cabo de unos días, tenemos que elegir. [...] No todo el mundo puede ser entubado. Decidimos en función de la edad y el estado de su salud.»” (⁴⁴).

A fines de marzo del año en curso, se advirtió que “en Italia, los médicos han tenido que tomar decisiones insoportables sobre qué pacientes reciben ventiladores, que son escasos. En los Estados Unidos, ya enfrentamos escasez de terapias para mantener la vida; los médicos deberán tomar estas mismas decisiones difíciles” (⁴⁵), y esto fue confirmado, por un lado, por la Oficina de Derechos Civiles de los EE.UU., al señalar uno de sus funcionarios federales que “su oficina estaba abriendo una serie de investigaciones de derechos civiles para garantizar que los estados no permitieran que los proveedores médicos discriminen por motivos de discapacidad, raza, edad u otros factores al decidir quién recibiría atención médica para salvar vidas durante la emergencia del coronavirus”, aseverando que “las personas con

(⁴¹) En la página web de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: *La especialidad*, se explica que “los ejemplos más frecuentes de enfermedades críticas que llevan a ser admitidos a una UTI son: los accidentes cerebrovasculares, las complicaciones de la cirugía, la neumonía, los ataques cardíacos, los traumatismos importantes como los que ocurren por accidentes de tránsito, las caídas desde alturas, las quemaduras extensas, las heridas por armas de fuego, los accidentes industriales, los episodios de violencia, envenenamientos, y otros. Los pacientes a los que se les practican grandes cirugías también pueden ingresar” a las UTI “para monitorear (que significa «vigilar constantemente») la aparición de complicaciones, detectándolas y tratándolas lo más precozmente posible”. <https://www.sati.org.ar/index.php/sobre-la-especialidad> (Último acceso: 20/05/2020).

(⁴²) Ver Herreros Ruiz-Valdepeñas, Benjamín, Real de Asúa, Diego y Pacho Jiménez, Eloy: “Limitación del esfuerzo terapéutico”, en Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (editores): *Bioética: De la Globalización a la Toma de Decisiones*, Madrid, Fundación Tejerina, ADEMÁS Comunicación Gráfica, S.L., 2012, ps. 212 y ss. <https://www.cpm-tejerina.com/wp-content/uploads/2018/03/Bioética-Globalización.pdf> (Último acceso: 20/05/2020).

(⁴³) P. ej., ver Begley, Sharon: *A plea from doctors in Italy: To avoid Covid-19 disaster, treat more patients at home* (21/03/2020) <https://www.statnews.com/2020/03/21/coronavirus-plea-from-italy-treat-patients-at-home/> & Tori, Manuel: *La crisis del coronavirus en Italia obliga a triar, según la edad, en las terapias intensivas* (17/03/2020) <https://www.publico.es/internacional/crisis-coronavirus-italia-obliga-triar-edad-terapias-intensivas.html> (Último acceso a ambos sitios: 20/05/2020).

(⁴⁴) Citado por Pueyo, Tomas: *Coronavirus: Why You Must Act Now* (10/03/2020) <https://medium.com/@tomaspueyo/coronavirus-act-today-or-people-will-die-f4d3d9cd99ca> Una muy buena traducción al castellano de este trabajo, cuya lectura recomendamos, obra en <https://medium.com/tomas-pueyo/coronavirus-por-qué-debemos-actuar-ya-93079c61e200> (13/03/2020). Cfr. Miguel Trula, Esther: *A quién salvar y a quién no: el dilema ético que el coronavirus plantea a los hospitales españoles* (17/03/2020) <https://magnet.xataka.com/en-diez-minutos/a-quien-salvar-a-quien-no-dilema-moral-que-coronavirus-puede-plantear-hospitales-espanoles> Ver Parodi, Emilio, Aloisi, Silvia y Barbaglia, Pamela: ‘All is well’: *Triage and lies await Italy’s critical coronavirus patients* (16/03/2020) <https://globalnews.ca/news/6686078/coronavirus-italy-lies-patients-covid/> (Último acceso a estos cuatro sitios: 23/05/2020).

(⁴⁵) Puri, Sunita: *It’s Time to Talk About Death* (27/03/2020) https://www.nytimes.com/2020/03/27/opinion/covid-end-of-life.html?campaign_id=2&emc=edit_th_200328&instance_id=17043&nl=todaysheadlines®i_id=26566490&segment_id=23160&user_id=3405046f37acb8d2b7aeace70a18a81f (Último acceso: 20/05/2020).

discapacidades, con habilidades limitadas de inglés y las personas mayores no deben colocarse al final de la línea para recibir atención médica durante emergencias”⁽⁴⁶⁾. Este funcionario advirtió que “los proveedores de servicios médicos no deben involucrarse en un «utilitarismo despiadado» para decidir quién recibe tratamiento para salvar la vida del coronavirus”. A cuyo respecto se destacó que “muchos estados y hospitales están desarrollando planes sobre cómo racionar la atención si el número de pacientes con coronavirus gravemente enfermos excede la capacidad. Los pacientes que desarrollan dificultad respiratoria grave debido a la infección por coronavirus a menudo requieren el apoyo de ventiladores mecánicos durante días o semanas. Se espera que las máquinas escaseen en los Estados Unidos. En Italia, los médicos han tenido que tomar decisiones desgarradoras sobre quién las recibe y quién no. Si bien se intenta aumentar la producción de nuevos ventiladores y ampliar la capacidad del hospital, estos planes establecen quién recibirá atención si esos esfuerzos no pueden satisfacer la necesidad”⁽⁴⁷⁾. Y por el otro, porque lo anterior también fue confirmado por los mismos médicos estadounidenses, por caso, al decir que, dado que muchos hospitales deciden quién recibe los ventiladores “seleccionando a los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse”, no todos los pacientes tienen una oportunidad justa⁽⁴⁸⁾.

⁽⁴⁶⁾ Son muchos los que piensan así. P. ej., el 18/03/2020, la bioeticista española Elena Postigo dejó en su cuenta de Twitter un hilo al que denominó “Manifiesto bioético ante el #COVID19”. Su nº 7. dice: “Ante situaciones extremas y escasez de recursos que pudieran darse (urgencia, guerra, pandemia, calamidad), deberían decidir qué paciente accede a la UCI conforme a criterios prudenciales, valorando caso por caso, no sólo la edad sino el diagnóstico y pronóstico del paciente. Y en todo caso, poniendo siempre todos los medios a su alcance para salvarle y proteger su derecho a la vida y a la salud. Sin que sea la edad un criterio discriminatorio”. <https://twitter.com/PostigoElena/status/1240279544210362368> Concordantemente, dice Sulmasy, Daniel: *Respirators, our rights, right and wrong: Medical ethics in an age of coronavirus* (22/03/2020): “Si el sistema se abruma, prepárese y guíese por algunas reglas éticas fundamentales. Primero, haga todo lo posible para brindar a todos la atención que necesitan y merecen (...), no discrimine a los pacientes racionando en función de la edad, el valor social o la discapacidad. Una crisis a veces puede provocar una racionalidad cruelmente fría, pensando simplemente en maximizar los «años de vida ajustados a la calidad» totales guardados. Debemos recordar que todos los pacientes son de igual dignidad e igualmente dignos de nuestros esfuerzos para ayudarlos”. “Los ancianos, los enfermos crónicos y los discapacitados no son «excedentes». La política pública debe poner a las personas primero, a todas las personas, y no solo a aquellos que consideramos socialmente útiles”. “No te laves las manos de estos deberes éticos”. <https://www.nydailynews.com/opinion/ny-oped-respirators-right-and-wrong-20200322-niu3aosa7ffzjfg7led3lymb7a-story.html> (Último acceso: 20/05/2020).

⁽⁴⁷⁾ Fink, Sheri: *U.S. Civil Rights Office Rejects Rationing Medical Care Based on Disability, Age* (28/03/2020) <https://www.nytimes.com/2020/03/28/us/coronavirus-disabilities-rationing-ventilators-triage.html> De allí que se entienda que la FDA haya autorizado equipos de anestesia y presión positiva modificados para uso como ventiladores de Emergencia en COVID-19. También se aludió a la posibilidad de utilizar los equipos para más de un paciente (<https://www.fda.gov/medical-devices/emergency-situations-medical-devices/emergency-use-authorizations>), método que había sido empleado en Italia (*Coronavirus Italia: respiradores 'tuneados' para dos pacientes a la vez* [21/03/2020] <https://www.redaccionmedica.com/secciones/tecnologia/coronavirus-italia-respiradores-tuneados-para-salvar-a-dos-pacientes-4560>), en tanto que, en la Argentina, “La UBA desarrolló un dispositivo para que un respirador ventile a dos pacientes simultáneamente” (18/05/2020) <https://www.telam.com.ar/notas/202005/465330-la-uba-desarrollo-un-dispositivo-para-que-un-respirador-ventile-a-dos-pacientes-simultaneamente.html> y Esteban Pablo: *Coronavirus: investigadores argentinos desarrollaron un dispositivo para que un mismo respirador sea usado por dos personas* (22/05/2020) <https://www.pagina12.com.ar/267519-coronavirus-investigadores-argentinos-desarrollaron-un-dispo> (Último acceso a estos cinco sitios: 25/05/2020).

⁽⁴⁸⁾ Schmidt, Harold: *The Way We Ration Ventilators Is Biased. Not every patient has a fair chance* <https://www.nytimes.com/2020/04/15/opinion/covid-ventilator-rationing-blacks.html> Por su parte, hablando en

De igual modo, se ha informado que en Holanda, no se hospitaliza a pacientes ancianos y débiles, por entenderse que “al reducir el número de hospitalizaciones no sólo se alivia la situación en los hospitales sino que se pone menos en riesgo al personal hospitalario y al de las ambulancias” (⁴⁹). La situación que tuvo que atravesar España, por cierto muy grave, es bien conocida (⁵⁰), pero ello nos exime de extendernos a su respecto ya que, al igual que en otros países (⁵¹), allí se dieron recomendaciones y directrices éticas.

IV. Directrices deontológicas y bioéticas para la selección y atención de pacientes afectados por COVID-19.

El 20 de marzo, los diarios españoles informaron que la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) había elaborado un documento (⁵²) titulado “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en situación

general, el Dr. Na, Yoojin: *Do Not Resuscitate. We need to be honest with ourselves and our patients. We can't "do everything" and "save everyone"* señaló que “He visto morir a más personas en las últimas seis semanas que en seis años de práctica antes de Covid-19” <https://www.nytimes.com/2020/05/04/opinion/coronavirus-doctors-do-not-resuscitate.html?smid=li-share> Por su parte, empleando la voz “triaje” (si bien en su sentido histórico, bélico), Bedzow, Ira y Kagedan, Lila: *The ethical minefield of prioritizing health care for some with Covid-19* (01/04/2020), sostuvieron que “las pautas para la asignación ética de recursos deben atenerse a las consideraciones de las posibilidades de supervivencia general de Covid-19. Los factores indirectos, como la edad, la discapacidad y la comorbilidad (afecciones fisiológicas existentes que hacen que un paciente sea más vulnerable), solo deben considerarse en relación con el pronóstico y la supervivencia”. <https://edition.cnn.com/2020/04/01/opinions/ethical-minefield-of-prioritizing-health-care-for-covid-19/index.html> (Último acceso a estos tres sitios: 20/05/2020).

(⁴⁹) Martín, Idafe: *Selección de pacientes. Coronavirus en Holanda: ancianos y débiles no son hospitalizados* (27/03/2020) https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-holanda-ancianos-debiles-hospitalizados_0_BV-kOz_z.html (Último acceso: 20/05/2020).

(⁵⁰) P. ej., ver Domínguez, Iñigo: *Diario de cómo un virus paró un país* (15/03/2020) https://elpais.com/sociedad/2020-03-14/diario-de-como-un-virus-paro-un-pais.html?ssm=TW_CM & Hospital Severo Ochoa: “*Están muriendo pacientes de 55 años por falta de respiradores*” (26/03/2020) https://www.elplural.com/sociedad/hospital-severo-ochoa-muriendo-pacientes-respiradores-coronavirus_236342102 & López, Celeste (Madrid) y Corbella, Josep (Barcelona): *Toda la presión sobre las UCI con seis comunidades al límite* (30/03/2020) <https://www.lavanguardia.com/vida/20200330/48161745169/coronavirus-covid-19-uci-comunidades-catalunya-madrid-espana-espana.html> El relato efectuado por un médico argentino residente en Madrid puede verse aquí: Un médico de la provincia, en Madrid, decide entre la vida y la muerte (12/4/2020) <https://www.unosantafe.com.ar/santa-fe/un-medico-la-provincia-madrid-decide-la-vida-y-la-muerte-n2577170.html> (Último acceso a ambos sitios: 20/05/2020).

(⁵¹) P. ej., en el Reino Unido, Roberts, Michelle: *Coronavirus: Doctors face agonising life-death decisions* (02/04/2020), alude a la guía ética dada por la Asociación Médica Británica, señalando que la AMP advirtió que si bien “los médicos tienen que tomar decisiones difíciles sobre el tratamiento en su práctica diaria, pero el brote de coronavirus significa que tendrán que tomar decisiones de vida o muerte con más frecuencia y, a veces, en función de la capacidad en lugar de solo la necesidad”. Esas pautas éticas dicen que “es legal y ético priorizar el tratamiento entre los pacientes. Esto se aplica cuando hay más pacientes con necesidades que recursos disponibles”. “Cuando los recursos son demasiado escasos y hay que tomar decisiones sobre a quién tratar, se insta a los médicos a considerar: Gravedad de la enfermedad aguda / Presencia y gravedad de la comorbilidad / Fragilidad o, cuando sea clínicamente relevante, edad”. <https://www.bbc.com/news/health-52137001> (Último acceso: 20/05/2020).

(⁵²) P. ej., Castillejo, Antonio: *En caso de colapso: Los médicos elegirán a quién ingresar en la UCI según su esperanza de vida* https://www.65ymas.com/salud/medicos-elegiran-ingresar-uci-segun-esperanza-vida_13749_102.html & Redacción, *Esperanza de vida y valor social, criterios de ingreso en UCI por*

excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos”, el cual contó con el aval de la Sociedad Española de Medicina Interna ⁽⁵³⁾. En lo que nos parece sustancial, atendiendo a la producción temporal de “un desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitarios”, se consideró imprescindible establecer un “triaje” al ingreso, basado en privilegiar la “mayor esperanza de vida”, por lo cual, para su ingreso a una UTI, se recomendó no aceptar “a personas en las que se prevé un beneficio mínimo como, por ejemplo, situaciones de fracaso multiorgánico establecido, riesgo de muerte calculado por escalas de gravedad elevado (...) o situaciones funcionales muy limitadas, condiciones de fragilidad, etc.” y que “ante dos pacientes similares, se debe priorizar a la persona con más años de vida ajustados a la calidad” de la misma, debiendo valorarse “cuidadosamente el beneficio de ingreso de pacientes con una expectativa de vida inferior a 2 años”. Entre otros factores a tener en cuenta, se contempló “el valor social de la persona enferma”. En tanto que “en personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada”.

Además, “todo paciente mayor de 80 años y con comorbilidades recibirá preferentemente mascarilla de oxígeno de alta concentración, oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (...) y se seleccionará, cuidadosa e individualmente, la indicación ventilación mecánica invasiva según indicación y evaluando riesgo/beneficios”, en tanto que todo paciente entre 70 y 80 años con insuficiencia respiratoria aguda “sin patología previa importante es subsidiario de tratamiento con ventilación mecánica invasiva”. Agregándose que “cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva”. Y que “en caso de complicaciones, o prevista mala evolución tanto clínica como funcional, plantear la retirada terapéutica sin dilación por futilidad e iniciar la aplicación de medidas paliativas”.

A su turno, el 25/03/20, el Comité de Bioética de España emitió un Informe “sobre los aspectos bioéticos sobre la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus” ⁽⁵⁴⁾, el que fue dado con la intención de poder contar con “unos criterios

coronavirus <https://www.lavanguardia.com/vida/20200320/474271705385/esperanza-de-vida-y-valor-social-criterios-de-ingreso-en-uci-por-coronavirus.html> Campos, Cristian: *Así serán los criterios para decidir quién tiene prioridad cuando falten camas en la UCI* https://www.elespanol.com/espana/20200320/criterios-decidir-prioridad-falten-camas-uci/475954325_0.html etc. (Último acceso a estos tres sitios: 20/05/2020).

⁽⁵³⁾ https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf Al final de este documento, se encuentra (con otro título y algunas variantes de texto) el contenido de las “Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial/ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis”, dado por varias organizaciones sanitarias, sociosanitarias y docentes, entre las que se incluyen la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y la Sociedad Española de Medicina Interna, documento en el cual se dice que “es importante enfatizar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación” (en el anterior, está escrito así: “Es importante señalar que la edad cronológica (en años) no debería ser el único elemento a considerar en las estrategias de asignación.”). <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-cuatro-niveles-eticos-para-priorizar-al-paciente-7317> (Último acceso a ambos sitios: 21/05/2020).

⁽⁵⁴⁾ Entre otros sitios, dicho Informe puede verse aquí: https://drive.google.com/file/d/1yOuQ3nBKYwBsz7Ub6RJGfbzQil_TMBWN/view (Último acceso: 27/03/2020).

comunes y únicos para todo el territorio nacional”. Con certeza, se remarcó que “la crisis que afrontamos es una crisis de salud pública” y que “todo ser humano tiene derecho a una consideración personal”. Por lo cual si bien “la salud de los enfermos con coronavirus es una prioridad”, “igualmente debe serlo la de otros enfermos con diferentes patologías a los que el sistema de salud tiene el mismo deber ético y legal de atender” ⁽⁵⁵⁾. Se destacó que “si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término «utilidad social» que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas recientemente nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana” ⁽⁵⁶⁾.

Y en particular, en relación con la recomendación aprobada por la SEMICYUC, consideró que algunos de los conceptos que se emplean en ella, sobre todo, las que hacen referencia a cuestiones tales como “supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada” o la referente a pacientes con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no son compatibles con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ⁽⁵⁷⁾. Agregó que el principio del interés superior

⁽⁵⁵⁾ Esto es exacto, ya que el COVI-19 vino a sumarse a otras patologías existentes, por lo cual es claro que también se debe atender a cualquier enfermo. P. ej., tal como aconteció en materia de trasplantes de órganos: <https://www.airedesantafe.com.ar/salud/donacion-y-trasplante-organos-tiempos-coronavirus-cuando-la-vida-no-puede-esperar-que-pase-la-cuarentena-n152199> & https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-argentina-garrahan-logro-hacer-10-trasplantes-nid2368115?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter En este orden de ideas, y en términos generales, dice Valerio, Carlos: *Human Rights and Covid-19 pandemic* (27/04/2020), que “debe tenerse en cuenta que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos garantiza el derecho al más alto nivel posible de atención médica para todos y, en consecuencia, los Estados deben tomar las medidas administrativas, legislativas o judiciales necesarias para lograr ese objetivo. En particular, los Estados deben comprometerse a ser garantes de la Salud Pública y brindar atención médica a todos frente a las características de esta pandemia” <https://www.jbra.com.br/media/html/JBRA1636.html> Lo cual sí resulta del art. 10 del “Protocolo de San Salvador”. Cfr. Blanco, Luis G.: *El concepto de salud del ordenamiento jurídico argentino*, en *Doctrina Judicial online - La Ley online*, Marzo 28 de 2007 (Ref.: D.J., Año XXIII - N° 13, 28/03/2007, p. 1); y en el DELS (ver nota [16]), *La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)* (2017), <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms> (Último acceso a estos sitios: 26/05/2020).

⁽⁵⁶⁾ Montalvo Jääskeläinen, Federico de: *La bioética en los tiempos del coronavirus* (01/04/2020), entiende que “la doctrina del utilitarismo, aun cuando se ha pretendido revestir de una aparente complejidad, es (...) una mera expresión intuitiva que permite una respuesta moral casi inmediata, sin reflexión profunda de los valores en conflicto y, en especial, de la dignidad” https://www.abc.es/opinion/abci-federico-montalvo-jaaskelainen-bioetica-tiempos-coronavirus-202004012042_noticia.html#vca=rrss&vmc=abc-es&vso=tw&vli=cm-general&_tcode=Zm4wYWkx&ref=https://t.co/0h8MGHkrK2?amp=1 (Último acceso: 23/05/2020). De acuerdo con Durand, Guy: *La bioética*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1992, ps. 66/67, entendemos que las “soluciones” de corte utilitarista, cuyos pobres principios (un acto se evalúa a partir de los costos y beneficios; la aceptabilidad ética depende de las consecuencias; hay que buscar el mayor bien para el mayor número de gente), tomados de a uno, excluyen la dimensión ontológica de los actos humanos.

⁽⁵⁷⁾ Ver las críticas efectuadas a las recomendaciones del SEMICYUC por Asís, Rafael de: *Ética y derechos humanos: sobre las recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la pandemia COVID-19* (28/03/2020), quién, entre otros conceptos de interés, señala que “sorprende que a lo largo de todo el texto no haya mención alguna a los derechos humanos ni, incluso, a la dignidad humana. Sorprende que estos no sean los referentes de un documento así y confirma que muchos comités éticos o, incluso buena parte de la reflexión

del menor, “exige dar prioridad a la asistencia a niños y adolescentes, conforme nos exige la Convención sobre los Derechos de los Niños, y destacó que el criterio de la edad solo puede ser empleado para priorizar, “pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital”, ya que “es necesario valorar las circunstancias concretas de cada paciente, sin excluir a nadie a priori”. Sin perjuicio de lo cual señaló (es un lugar común en la mayoría de estos documentos) que como “la mejor manera de proteger la salud de todos y cada uno de los individuos es proteger la salud de los profesionales cuya función directa es garantizar aquella” y siendo que “el principio ético de reciprocidad implica que la sociedad debe apoyar a las personas que asumen una carga o riesgo desproporcionado en la protección del bien público”, este principio “justifica dar acceso prioritario a los escasos recursos a las personas que asumen riesgos para su propia salud o vida para contribuir a los esfuerzos de respuesta ante la pandemia”, “los sanitarios y otros profesionales de particular importancia para el tratamiento de la pandemia deben tener preferencia en el acceso a los recursos disponibles”.

En el ámbito internacional, el 07/04/2020, la OEA publicó una “Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 en las Américas”⁽⁵⁸⁾, en la que atendió a diversas temáticas (entre otras, dando recomendaciones para una respuesta a la emergencia con enfoque de género [⁵⁹], para la prevención, contención y mitigación del COVID-19 en los pueblos indígenas, para la protección de las personas LGBTIQ y de las personas privadas de libertad, y para la prevención, contención y mitigación del COVID-19 en las personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema), señalando con respecto a las personas mayores (que “son un grupo especialmente prioritario ante el COVID-19”) que los Estados deben propiciar los recursos necesarios “para responder a la demanda preventiva y de asistencia” de aquellas, en condiciones de igualdad y sin discriminación, garantizando que se cumplan plenamente sus derechos, “poniendo especial énfasis en el derecho a la salud, la dignidad y la participación de las propias personas sobre los diferentes aspectos y medidas a tomar sobre su vida”. Y en cuanto a las personas con discapacidad “que necesitan servicios de salud debido al COVID-19, tales como la hospitalización, provisión de ventiladores y otros”, aseveró que ellas “no pueden ser postergadas debido a su discapacidad. Es fundamental dar instrucciones claras desde la política pública, que prioricen la vida y la dignidad humana ante todo y por sobre todo, en igualdad de condiciones, y sin distinciones de ningún tipo por causa de discapacidad”⁽⁶⁰⁾.

bioética, ignora el discurso de los derechos humanos”. <https://pasocero243055203.com/2020/03/28/etica-y-derechos-humanos-sobre-las-recomendaciones-eticas-para-la-toma-de-decisiones-en-la-pandemia-covid-19/> (Último acceso: 23/05/2020).

⁽⁵⁸⁾ https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-032/20 (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁵⁹⁾ De igual modo, el 11/04/2020, la CIDH hizo un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp> (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁶⁰⁾ Por su parte, el 14/04/2020, el Comité de Bioética del Consejo de Europa, en lo que aquí interesa, destacó que “el acceso a la atención médica, en particular en un contexto de recursos escasos, debe ser igual y guiado por criterios médicos”, ello “para garantizar que las personas más vulnerables, como las personas con discapacidad, las personas mayores, los refugiados y migrantes, no sean víctimas de discriminación” *COVID-19: Human rights*

Por su puesto, a nombre propio, muchos médicos y filósofos de reconocida trayectoria también opinaron sobre esta cuestión. Por caso, y al parecer, siguiendo los lineamientos de su utilitarismo de siempre, Peter Singer ⁽⁶¹⁾, sin decir nada nuevo, opinó que “necesitamos no solo pensar en la pérdida de vidas, sino en la duración y calidad de la vida que salvaremos”, por lo cual dijo estar de acuerdo con “la visión general de que las personas con mayores expectativas de vida tengan prioridad sobre las que tiene menos, y eso significaría que en general se les daría preferencia a las personas más jóvenes... También debería tenerse en cuenta si hay alguien que tiene una condición de salud preexistente. Por ejemplo una persona joven con cáncer incurable no debería ser prioridad sobre una persona sana de 70. Pero los años deberían ser un criterio para elegir cuando no hay suficientes respiradores” ⁽⁶²⁾.

En cambio, en un documento dado a modo de “Manifiesto”, además de advertirse que “durante la pandemia de la Covid-19 los ancianos están en peligro en muchos países europeos” (“Las dramáticas cifras de muertos en residencias hacen estremecer”), se señaló que “en muchos países, ante la necesidad de atención sanitaria está surgiendo un modelo peligroso que fomenta una «sanidad selectiva» que considera residual la vida de los ancianos. Así, su mayor vulnerabilidad, su avanzada edad y el hecho de que pueden ser portadores de otras patologías justificarían una forma de «elección» a favor de los más jóvenes y de los más sanos”. “Resignarse a una solución de este tipo es humana y jurídicamente inaceptable (...). La tesis de que una menor esperanza de vida comporta una reducción «legal» del valor de dicha vida es, desde un punto de vista jurídico, una barbaridad. Que eso se produzca a través de una imposición (del Estado o de las autoridades sanitarias) ajena a la voluntad de la persona representa un intolerable atropello añadido de los derechos de la persona” ⁽⁶³⁾.

principles must guide health decisions (14/04/2020) <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/covid-19-human-rights-principles-must-guide-health-decisio-1> (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁶¹⁾ Singer, P., ob. cit., ps. 33/38.

⁽⁶²⁾ Fontevecchia, Jorge: *Peter Singer: “Si hay más muertos por pobreza que por coronavirus, la cuarentena sería un error”* (16/05/20) <https://www.perfil.com/noticias/periodismopuro/si-hay-mas-muertos-por-pobreza-que-por-coronavirus-la-cuarentena-seria-un-error.phtml> (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁶³⁾ *Sin ancianos no hay futuro. Manifiesto europeo para la rehumanización de la sociedad. No a una sanidad selectiva* - Manifiesto impulsado en Roma por la Comunidad de Sant'Egidio (19/05/2020) <https://www.elmundo.es/internacional/2020/05/19/5ec28444fdddfc1398b4576.html> Vale acotar que, aunque pueda decirse que son anecdóticos, han existido varios casos de personas “bien” mayores que se recuperaron del COVID-19, p. ej.: *Una mujer china de 103 años se recupera del coronavirus y sale del hospital* (11/03/2020) https://www.elconfidencial.com/sucesos/2020-03-11/anciana-103-anos-recupera-coronavirus-china-222_2492415/ & *Centenarios que vencen al coronavirus: “Sus casos nos llenan de esperanza”* (31/03/2020) https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2020-03-31/recuperados-mas-ancianos-del-coronavirus-100-anos_2524971/ & Magenta, Matheus: *Coronavirus: el hombre de 86 años con 13 enfermedades crónicas que se recuperó de la covid-19* (12/04/2020) <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52254602> & *Militar de 99 años se cura del coronavirus en Brasil* (14-15/04/2020) <https://www.24matins.es/topnews/america/militar-de-99-anos-se-cura-del-coronavirus-en-brasil-204554> & *Coronavirus: una abuela de 106 años se curó del virus y quiere volver a bailar* (15/04/2020) <https://www.airedesantafe.com.ar/sociedad/coronavirus-una-abuela-106-anos-se-curo-del-virus-y-quiere-volver-bailar-n152303> & *Aplauden a adultos mayores recuperados de coronavirus* (16/04/2020) https://www.cadena3.com/noticia/sociedad/aplauden-a-adultos-mayores-recuperados-de-coronavirus_257711 etc. (Último acceso a todos estos sitios: 24/05/2020).

Y el actual Secretario General de la ONU, António Guterres ampliando a anteriores ideas suyas dadas unos pocos días atrás ⁽⁶⁴⁾, el 01/05/2020 (a nuestro parecer, tal vez algo tarde), señaló que “independientemente de las presiones de la crisis actual, las personas mayores tienen los mismos derechos a la vida y la salud que todos los demás. Nadie, joven o viejo, es prescindible”. Y advirtiendo que las personas mayores “pueden enfrentar discriminación por edad en las decisiones sobre atención médica, triaje y terapias que salvan vidas”, destacó que “las decisiones difíciles de atención médica que afectan a las personas mayores deben guiarse por un compromiso con la igualdad, la dignidad humana y el derecho a la salud. Las autoridades de todo tipo deben prestar atención específica para garantizar que las personas mayores reciban atención constante y continua, a pesar de los desafíos”. Agregando que “los riesgos particulares que enfrentan las personas mayores en hogares de ancianos y otras instituciones deben ser monitoreados y abordados” ⁽⁶⁵⁾.

Tal vez algo tarde, dijimos. Tal vez no. Como fuera, lo cierto es que los derechos a los que Guterres aludió, no sólo en materia de atención médica ⁽⁶⁶⁾, fueron reiteradamente violentados ⁽⁶⁷⁾, bastando con el triste ejemplo de lo acontecido en residencias geriátricas de todo el mundo, en las cuales, al parecer, los riesgos de mención no fueron adecuadamente monitoreados y abordados, sino más bien ignorados (aún con sesgos de discriminación y racismo) ⁽⁶⁸⁾, tal como lo evidencia la nutrida cantidad de personas mayores infectadas y

⁽⁶⁴⁾ Guterres, António: *Our response to COVID-19 must respect the rights and dignity of older people* (01/05/2020) <https://www.un.org/en/coronavirus/our-response-covid-19-must-respect-rights-and-dignity-older-people> & *'Rights and dignity' of older people must be respected during COVID-19 and beyond* (01/05/2020) <https://news.un.org/en/story/2020/05/1063052> (Último acceso a ambos sitios: 22/05/2020).

⁽⁶⁵⁾ Guterres, António: *Respect the Dignity and Rights of Older People* (04/05/2020) <https://medium.com/we-the-peoples/respect-the-dignity-and-rights-of-older-people-2239c4b2ffd3> (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁶⁶⁾ *Así se condenó a los ancianos: “No se permite ingresar pacientes de residencias al hospital”* (18/05/2020) https://www.elconfidencial.com/espana/2020-05-18/ancianos-orden-pacientes-residencias-hospital_2593211/?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=BotoneraWeb (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁶⁷⁾ P. ej., *Los bomberos de Madrid hallan a 62 ancianos fallecidos en sus casas durante el confinamiento* (21/05/2020) https://www.publico.es/sociedad/ancianos-fallecidos-bomberos-madrid-hallan-62-ancianos-fallecidos-solos-casas-confinamiento.html?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=web (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁶⁸⁾ Ver *The Striking Racial Divide in How Covid-19 Has Hit Nursing Homes* -Este artículo es una colaboración, con informes de: Robert Gebeloff, Danielle Ivory, Matt Richtel, Mitch Smith y Karen Yourish de The New York Times; Scott Dance de The Baltimore Sun; Jackie Fortiér y Elly Yu de KPCC / LAist y Molly Parker de The Southern Illinoisan- (21/05/2020) https://www.nytimes.com/article/coronavirus-nursing-homes-racial-disparity.html?campaign_id=2&emc=edit_th_200522&instance_id=18661&nl=todayshdlines®i_id=26566490&segment_id=28781&user_id=3405046f37acb8d2b7aeace70a18a81f P. ej., aquí se dice que “en los suburbios de Baltimore, los trabajadores de un hogar de ancianos dijeron que les dieron ponchos de lluvia para protegerse de las infecciones. Veintisiete empleados en las instalaciones, donde la mayoría de los residentes son afroamericanos, dieron positivo por el coronavirus”. “En el este de Los Ángeles, un miembro del personal de un hogar de ancianos predominantemente latino donde surgió un brote dijo que le dieron gafas de natación antes de que se pudiera obtener equipo profesional. Ella dijo que luego dio positivo por el virus”. “La pandemia de coronavirus ha devastado los hogares de ancianos de la nación, enfermando a los miembros del personal, devastando a los residentes y contribuyendo al menos al 20 por ciento de la cifra de muertos Covid-19 de la nación”. “Pero Covid-19 ha sido particularmente virulento con los afroamericanos y los latinos: los hogares de ancianos donde esos grupos constituyen una parte significativa de los residentes, sin importar su ubicación, su tamaño, su clasificación gubernamental, tienen el doble de probabilidades ser golpeado por el coronavirus como

mueras en esos, antes llamados, “asilos de ancianos” (69), lo cual también ocurrió en la Argentina (70). En algunas ocasiones, la salvaguarda de personas mayores residentes en

aquellos donde la población es abrumadoramente blanca”. “En el hogar de ancianos FutureCare Lochearn, en Baltimore, 158 residentes y 75 empleados dieron positivo por el virus en unas pocas semanas, y 20 personas murieron”. En general, ver Craven, Julia: *How Racial Health Disparities Will Play Out in the Pandemic* (30/03/2020) <https://slate.com/news-and-politics/2020/03/how-racial-health-disparities-will-play-out-in-the-coronavirus-pandemic.html> (Último acceso estos tres sitios: 24/05/2020).

(69) P. ej., y por orden alfabético: 1.) *Chile-presenta-seis-fallecidos-y-136-adultos-mayores-contagiados-en-geriatricos-por-coronavirus* (23/05/2020) https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/236265-chile-presenta-seis-fallecidos-y-136-adultos-mayores-contagiados-en-geriatricos-por-coronavirus-senama-internacionales.html 2.) EE.UU.: *Más de 3.000 muertos en geriátricos y contagios en uno de cada diez hogares* (23/04/2020) https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/236274-mas-de-3000-muertos-en-geriatricos-y-contagios-en-uno-de-cada-diez-hogares-eeuu-internacionales.html & Zia, Shafaq: *As Covid-19 lockdowns are lifted, uncertainty at nursing homes only deepens* (19/5/2020) <https://www.statnews.com/2020/05/19/as-covid-19-lockdowns-are-lifted-uncertainty-at-nursing-homes-only-deepens/> (aquí se dice que los hogares de ancianos y las instalaciones de vivienda asistida “representan aproximadamente un tercio de todas las muertes por coronavirus en los Estados Unidos”). 3.) España: Hernández Velasco, Irene: *Coronavirus: el horror que se vive en algunas residencias de ancianos de España por la crisis de covid-19* (25/03/2020) <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52036018> & Muñoz Encinas; Miguel Á.: *Más de 15.000 ancianos de geriátricos han muerto por COVID-19 o con síntomas compatibles* (22/04/2020) https://cadenaser.com/ser/2020/04/22/sociedad/1587532408_380257.html 4.) Italia: *Investigan una “masacre” en un geriátrico de Italia: murieron 190 ancianos por coronavirus* (17/04/2020) <https://www.lacapital.com.ar/pandemia/investigan-una-masacre-un-geriatrico-italia-murieron-190-ancianos-coronavirus-n2578510.html> & *Más de 2.700 ancianos italianos murieron en geriátricos* (23/04/2020) <https://www.lacapital.com.ar/pandemia/mas-2700-ancianos-italianos-murieron-geriatricos-n2579761.html> 5.) Suecia: Savage, Maddy: *Coronavirus: What's going wrong in Sweden's care homes?* (19/05/2020) <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836> En general: *OMS: más de un 50 % de las muertes por COVID en Europa fueron en geriátricos* (23/04/2020) <https://www.dw.com/es/oms-más-de-un-50-de-las-muertes-por-covid-en-europa-fueron-en-geriátricos/a-53220299> En general: *OMS: más de un 50 % de las muertes por COVID en Europa fueron en geriátricos* (23/04/2020) <https://www.dw.com/es/oms-m%C3%A1s-de-un-50-de-las-muertes-por-covid-en-europa-fueron-en-geri%C3%A1tricos/a-53220299> & *Cuatro países donde los geriátricos se convirtieron en “bombas de tiempo” del coronavirus* (22/04/2020) <https://www.perfil.com/noticias/salud/cuatro-paises-donde-los-geriatricos-se-convirtieron-en-bombas-de-tiempo-del-coronavirus.phtml> & *Muertes en geriátricos, otra tragedia dentro de la pandemia* (23/04/2020) <https://www.telam.com.ar/notas/202004/455235-oms-coronavirus-europa-geriatricos.html> También puede mencionarse a Canadá: *'Deeply disturbing' report into Ontario care homes released* (26/05/2020) https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52814435?xtor=AL-72-%5Bpartner%5D-%5Bbbc.news.twitter%5D-%5Bheadline%5D-%5Bnews%5D-%5Bbizdev%5D-%5Bisapi%5D&at_medium=custom7&at_campaign=64&at_custom4=E5208CCC-9F8D-11EA-8BD8-53F54744363C&at_custom2=twitter&at_custom1=%5Bpost+type%5D&at_custom3=%40BBCWorld Y agreguemos esto: Durán, Luis F.: *Se disparan los ancianos muertos solos en la pandemia: los bomberos hallan 62 cadáveres en dos meses en Madrid* (20/05/2020) <https://www.elmundo.es/madrid/2020/05/20/5ec5244621efa0f91e8b4618.html> (Último acceso a todos estos sitios: 24/05/2020).

(70) P. ej., ver *Coronavirus en Argentina: evacúan un geriátrico de Belgrano con 19 infectados* (21/04/2020) https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-investigan-varios-casos-covid-19-geriatrico-belgrano_0_6BQl6OOtn.html & *Clausuran el geriátrico de Saldán: tres muertos por COVID-19* (21/04/2010) https://www.cadena3.com/noticia/turno-noche/clausuran-el-geriatrico-de-saldan-tres-muertos-por-covid-19_257928 & *Un muerto y al menos 39 contagiados de coronavirus en otro geriátrico porteño* (22/04/2020) https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/236123-un-muerto-y-al-menos-39-contagiados-de-coronavirus-en-otro-geriatrico-porteno-ahora-en-el-barrio-de-flores-nacionales.html & *Contagios masivos de coronavirus en un geriátrico de Buenos Aires* (08/05/2020) <https://www.24matins.es/topnews/america/contagios-masivos-de-coronavirus-en-geriatrico-de-buenos-aires-medico-208297> & María Daniela Yaccar, María D.: *Coronavirus: residencias para mayores, los mayores peligros* (11/05/2020) <https://www.pagina12.com.ar/265127-coronavirus-residencias-para-mayores-los-mayores-peligros> A nuestro entender, lo dicho por Esteban, Federico:

geriátricos (provisión de Tests) se resolvió judicialmente, vía acciones de amparo (⁷¹).

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró una guía sobre “COVID-19 Recomendaciones para la implementación de triage” (con “g”, pero bien entendido) (⁷²), para luego convocar a un grupo de especialistas para que redacten una guía bioética para el indeseado caso de que colapse el sistema sanitario y haya que elegir qué infectados recibirán tratamiento (⁷³) (en otros periódicos, se ha informado que ese documento lleva por título “Guías Éticas para asignación de recursos para atención de pacientes críticos infectados por COVID-19”) (⁷⁴), lo cual es comprensible, pues las cuestiones referentes a la capacidad hospitalaria son de pleno conocimiento por los profesionales de la salud argentinos, y por tanto, de “lo que puede llegar a pasar” (⁷⁵). Por su parte, y también mencionando al “triage”, referentes de bioética de diversas religiones redactaron un documento al que titularon “Marco

Geriátricos y coronavirus: adultos mayores en riesgo, <https://www.elcafediarario.com/geriatricos-y-coronavirus-adultos-mayores-en-riesgo> vale para los geriátricos de todo el país (Último acceso a todos estos sitios: 22/05/2020).

(⁷¹) Un juzgado de San Isidro ordenó al Ministerio de Salud bonaerense realizar testeos a la totalidad de la población de adultos mayores que conviven en una residencia geriátrica de Don Torcuato: *Testeos preventivos para los abuelos* (15/05/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86419/civil/testeos-preventivos-para-los-abuelos.html> Y en otro caso, la acción fue iniciada por las autoridades de un geriátrico porteño: *La justicia difunde el amparo de un geriátrico de Villa Urquiza para que el GCBA suministre tests pcr* (12/05/2010) https://www.saavedraonline.com.ar/la-comuna/la-justicia-difunde-el-amparo-de-un-geriatrico-de-villa-urquiza-para-que-el-gcba-suministre-tests-pcr/?fbclid=IwAR3pPFdaEQ4RdU8O2sgoRASOspgrgOlqoTDGYZtfRCmmLQ77nTIWaaU_Iy8 Último acceso a ambos sitios: 22/05/2020).

(⁷²) http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001849cnt-covid-19_recomendaciones-implementacion-triage.pdf (Último acceso: 22/05/2020). Bien entendido, en general (“El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas.”) y en particular (“Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es el Servicio de urgencia hospitalaria donde el triage tiene como finalidad identificar y priorizar al paciente más grave como también implementar rápidamente las medidas de control de infecciones necesarias en el caso que corresponda. En el contexto actual, se prioriza la rápida identificación de caso sospechoso e implementación de medidas que disminuyan la diseminación de SARS-CoV2.”), y además, con recomendaciones coherentes, como esta: “Garantizar la continuidad de la atención de los pacientes que consultan por síntomas no relacionados con COVID-19 o que requieren atención de urgencia”.

(⁷³) Alconada Mon, Hugo: *Coronavirus: Definen un protocolo de prioridades en la atención médica* (11/04/2020) <https://www.lanacion.com.ar/politica/definen-un-protocolo-de-prioridades-en-la-atencion-medica-nid2353057> (Último acceso: 22/05/2020).

(⁷⁴) Vexler, Emilia: *Coronavirus en Argentina: cómo se asignarán prioridades ante un desborde del sistema de salud* (11/04/2020) https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-asignaran-prioridades-desborde-sistema-salud_0_s-I5oVY6k.html (Último acceso: 22/05/2020).

(⁷⁵) P. ej., el Dr. Emiliano Moreno, director médico del sanatorio Garay de Santa Fe, dijo: “En todo el mundo hay escasez de recursos, de infraestructura y disponibilidad de materiales que requiere este tipo de enfermedad. Poco a poco nos fuimos equipando, tenemos todo lo que tiene que ver con el sistema de protección del personal de salud: guantes, barbijos, camisolines, antiparras, alcohol en gel, etc. También medicamentos, sueros y respiradores. El problema es que no sabemos para qué demanda, porque *si los casos explotan, aparecen de golpe, es probable que no alcance la infraestructura instalada*, por lo explosivo. Hoy, en la ciudad, estamos bien, *sin saber cómo nos va a atacar esto*”. Masjoan, Lía: “*Estamos muy bien articulados con el sector público*” (29/03/2020) https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/232170-estamos-muy-bien-articulados-con-el-sector-publico-la-vision-del-area-privada-area-metropolitana.html (Último acceso: 22/05/2020). Lo destacado en “cursiva” es nuestro.

bioético de las religiones monoteístas en ocasión del COVID-19” (fecha: 13/5/2020), del cual mencionaremos dos de sus directrices: “Para producir el mayor beneficio neto entre todos los afectados, el sistema de triage deberá buscar salvar la mayoría de las vidas, sin consideración vinculante a ningún ajuste por edad, calidad de vida o de sobrevivencia, su condición socio económica, religión, nacionalidad ni otra «categoría sospechosa» en términos de derecho”. “No se pospondrá la instrumentación médica a un paciente necesitado de ella en favor de otro ulterior que eventualmente tenga mayor viabilidad o bien pudiera encontrarse más grave” ⁽⁷⁶⁾.

Días más o menos, el 15/04/2020 y posteriores, se publicó en algunos sitios de la Web un excelente documento titulado “Recomendaciones intersocietarias para asignación de recursos basados en guías éticas, atención paliativa y criterios de ingreso/ egreso en cuidados críticos durante la pandemia COVID-19” (carece de fecha) cuya autoría pertenece a 17 entidades de indiscutible prestigio ⁽⁷⁷⁾. Según se relata en su “Introducción”, este documento “cuenta con un cuerpo central, dos anexos y la bibliografía consultada”. Ese cuerpo central se denomina “Guías Éticas para asignación de recursos para atención de pacientes críticos infectados por COVID-19”, y de su texto resulta que, al parecer, se trata de la guía cuya redacción encomendó el Ministerio de Salud ⁽⁷⁸⁾. Como no podía ser de otra forma, su objetivo “es proporcionar a los trabajadores de la salud e instituciones sanitarias un marco de actuación con bases éticas que coadyuve en la toma de decisión sobre los dilemas que se presentan en la atención de pacientes críticos afectados por COVID-19 en contextos de escasez, limitación de recursos y de alta demanda de insumos y atención médica” ⁽⁷⁹⁾, y

⁽⁷⁶⁾ *Referentes de bioética de diversas religiones acordaron criterios y acciones a tomar ante la pandemia del COVID-19* (13/05/2020) <https://www.infobae.com/sociedad/2020/05/13/referentes-de-bioetica-de-diversas-religiones-acordaron-criterios-y-acciones-a-tomar-ante-la-pandemia-del-coronavirus/> (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁷⁷⁾ Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, Sociedad de Medicina Interna de La Plata, Sociedad de Medicina Interna de Santa Fe, Sociedad de Medicina Interna de la Costa Atlántica, Asociación de Medicina Interna de Rosario, Asociación de Medicina Interna de Venado Tuerto, Sociedad de Medicina Interna Pergamino, Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Sociedad Argentina de Emergencias, Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría, Red Bioética para Latinoamérica y El Caribe de UNESCO, Consejo Argentino de Resucitación, Consejo de cuidados paliativos de la SAM y Sociedad Científica de Emergentología Argentina. Empleamos la versión que hemos tomado de la página Web de la SATI: <https://www.sati.org.ar/index.php/novedades-coronavirus> (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁷⁸⁾ “El Estado, en este caso, asume su responsabilidad en la elaboración de las guías en la comprensión que se trata de un deber ineludible en vista de las consecuencias que se devengan de las decisiones que se puedan tomar y que se vinculan directamente con la vida de las personas. / El rol protagónico del Estado evita la dispersión y las potenciales contradicciones entre lineamientos de los distintos actores comprometidos en la atención directa e indirecta de pacientes: instituciones sanitarias, sociedades científicas, agrupaciones gremiales y financiadores, entre otros. / La responsabilidad del contenido y alcances de estas guías es del Estado Nacional”.

⁽⁷⁹⁾ Vale aclarar que el problema práctico, y en su caso, dilema, de la priorización de la asistencia a unos pacientes frente a otros no debe ser visto como algo exclusivo o propio de la pandemia actual, ya que la priorización de la asignación de recursos sanitarios (de todo tipo: humanos, infraestructurales, tecnológicos, medicamentos, distribución del tiempo, etc.), de acuerdo con Montalvo Jääskeläinen, F. ob. cit. en la nota (56), “es inherente a un sistema de salud”. Eso sí, el contexto actual “en el que produce esta priorización resulta más trágica por la premura y por las consecuencias de la propia decisión. La decisión debe adoptarse entre dos males, pero este es precisamente el contexto en el que la reflexión bioética cobra su plena virtualidad. La decisión entre un bien y un mal es sencilla. La que conlleva, necesariamente, una consecuencia mala en todo caso es de la que se ocupa la Bioética”.

recomiendan “criterios generales de asignación de recursos en base a consideraciones bioéticas enraizadas en los Derechos Humanos y sustentadas en el valor de la dignidad de la persona humana y principios sustanciales como la solidaridad, la justicia y la equidad”⁽⁸⁰⁾.

No viene al caso reseñar aquí a su largo contenido. Sí destacar que en estas guías se dice que “las valoraciones sobre determinadas incapacidades, mentales y/o físicas, no deben ser utilizadas para la admisión en UCI, del mismo modo que las pronosis asociadas a supervivencia libre de discapacidad” y que “la edad considerada en modo aislado no debe ser considerada como un criterio independiente de ingreso a UCI”, ya que cualquier limitación de dichos criterios “contraría a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. En correctos términos propiamente médicos, se agrega que “en los criterios de admisión debe valorarse y estimarse como criterios de exclusión la presencia de patología y comorbilidades que sitúen al paciente en fases de enfermedades avanzadas, de improbable recuperabilidad, o terminales” (su Anexo 1 detalla los “Criterios de ingreso/egreso en cuidados críticos”).

Se trata en particular a los criterios de abstención, asignación y retiro de la asistencia respiratoria mecánica (ARM), diciéndose que “la evaluación de los criterios de asignación de ARM (una vez que se haya establecido la indicación médica de la misma) deben estar precedidos por el agotamiento de todas las alternativas disponibles”, resaltando que “la edad como criterio autónomo no debe ser un criterio de abstención y/o retiro de ARM. / La edad, en particular en adultos mayores, no debe constituirse como un criterio de asignación autónomo. Deberá valorarse con las condiciones clínicas del candidato al recurso. Los criterios de exclusión sustentados en la edad son considerados casos de edadismo”⁽⁸¹⁾. “Este concepto está contemplado además en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”. Y se aclara que estos criterios particulares

⁽⁸⁰⁾ Puede pensarse o decirse que, entre otros, estos dos casos constituyen ejemplos de solidaridad: *Cura con coronavirus dio su respirador a un paciente y murió* (24/03/2020) https://www.cadena3.com/noticia/viva-la-radio/cura-con-coronavirus-dio-su-respirador-a-un-paciente-y-murio_255751 & *Muere por coronavirus una belga de 90 años tras ceder su respirador a un paciente más joven* (01/04/2020) <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/03/31/5e83ad92fdddf631b8b4648.html> (Último acceso a ambos sitios: 25/05/2020). Nosotros preferimos catalogarlos como actos supererogatorios. En términos éticos y de acuerdo con Farrel, M. D., *La ética...*, cit., ps. 18 y ss., un acto es supererogatorio (por exceder los límites del deber) si: 1. No es ni obligatorio ni prohibido; 2. Su omisión no es incorrecta y no merece sanción ni crítica, formal o informal; 3. Es moralmente bueno, tanto en virtud de sus pretendidas consecuencias cuanto en virtud de su valor intrínseco; y 4. Es realizado voluntariamente por el bien de algún otro y así es meritorio.

⁽⁸¹⁾ A la variada gama de estereotipos prejuiciosos y discriminatorios que afectan a las personas mayores (OMS, “Echar abajo los estereotipos” https://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/es/), esto es, el conjunto de actitudes negativas hacia los ancianos y el proceso de envejecimiento, en 1969, el gerontólogo y psiquiatra Robert N. Butler denominó “edadismo” (*ageism*) (Moreno Toledo, Ángel, “Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales”, *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, N° 19, FUNLAM, Junio de 2010 <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h0Nbli6YnUsJ:https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/101/75+%&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ar&client=avast>), en tanto que, en nuestro medio, el médico especialista en Psiquiatría y Geriátrica, y también psicoanalista, Leopoldo Salvarezza empleó al acrónimo “viejismo” para abarcar a todas las conductas prejuiciosas por las cuales la vejez es mirada como déficit y los viejos, segregados, en una actitud de la que a veces ellos mismos resultan cómplices (*Psicogeriatría. Teoría y clínica*, Paidós, Bs. As., 1996 -en particular, su Cap. 1). Último acceso a los sitios aquí citados: 23/05/2020.

“se aplican a todos aquellos pacientes que reúnan los criterios, se encuentren o no infectados por COVID-19”.

Se alude también a las decisiones anticipadas ⁽⁸²⁾ (preferimos llamarlas “directivas médicas anticipadas”: DMA) ⁽⁸³⁾ o presentes del paciente, o en su defecto de la familia y allegados, las cuales “deben tenerse presentes, salvo que su implementación derive en supuestos de manifiesta obstinación y futilidad”. Agregándose que “previamente a la evaluación del equipo de asignación, debe consultarse al paciente, o a sus allegados, si existe alguna directiva anticipada. En caso positivo, debería reactualizarse su contenido ya que en general la planificación de decisiones anticipadas se realiza en contextos donde, en general, no existían previsiones vinculadas a situaciones pandémicas”. Se advierte que como “las órdenes de no reanimación/resucitación (ONR)” ⁽⁸⁴⁾ no son una práctica extendida en nuestro medio”, en el ingreso a las UCIs “debería requerirse a pacientes y/o allegados si desean formular algún tipo de ONR”. Nosotros preferimos llamarlas “Decisiones de no-reanimación” (DNR) ⁽⁸⁵⁾, y agregamos aquí que nada obsta a que una DNR esté plasmada en una DMA, como rechazo a un tratamiento determinado, dado por adelantado.

Se hace exacta referencia a los cuidados paliativos ⁽⁸⁶⁾, y en su Anexo II se brindan las recomendaciones del caso. Este Anexo contiene un “Protocolo de sedación paliativa”, en el

⁽⁸²⁾ Span, Paula: *Do You Want to Die in an I.C.U.? Pandemic Makes Question All Too Real* (24/04/2020) https://www.nytimes.com/2020/04/24/health/coronavirus-icu-advanced-directives.html?campaign_id=34&emc=edit_sc_20200428&instance_id=18002&nl=science-times®i_id=26566490&segment_id=26130&te=1&user_id=3405046f37acb8d2b7aeace70a18a81f (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁸³⁾ Con anterioridad a la sanción de la ley 26.529 (su art. 11), nos hemos referido a la eficacia y operatividad jurídica de estos documentos en “Directivas médicas anticipadas, negativa al tratamiento y derecho a morir con dignidad”, en Sorokin, Patricia (Coordinadora): *Bioética: entre utopías y desarraigos*, Ad-Hoc, Bs. As., 2002, ps. 507 y ss.; trabajo posteriormente ampliado y actualizado (a su fecha) en “Directivas médicas anticipadas: la disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente”, en *Revista Notarial*, N° 951, Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, 2005, ps. 437 y ss. (Sitio editorial y versión digital: <http://www.colescba.org.ar/ics-wpd/revista/Textos/RN951-2005-doc-blanco.pdf>). También, en “Directivas avanzadas”, en Tealdi, J. C., *Diccionario Latinoamericano...*, cit., ps. 425 y ss. Y ya vigente dicha ley y el Cód. Civil y Comercial (su art. 60), en el DELS (ver nota [16]), *Directivas anticipadas* (2017) <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-anticipada> (Último acceso a estos sitios: 26/05/2020).

⁽⁸⁴⁾ Randall Curtis, J. Randall, Kross, Erin K. y Stapleton, Renee D.: *The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19)* (27/03/2020) https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763952?utm_source=twitter&utm_campaign=content-shareicons&utm_content=article_engagement&utm_medium=social&utm_term=032920#.XoB1Ua_SffI.twitter (Último acceso: 22/05/2020).

⁽⁸⁵⁾ Es una opinión que dimos en nuestro agotado y desactualizado libro *Muerte Digna. Consideraciones bioético-jurídicas* (Prólogo del Dr. Germán J. Bidart Campos), Ad-Hoc, Bs. As., 1997, p. 59, y que mantenemos, ya que, más que una “orden”, se trata de una decisión ético-clínica dada por una persona (por cierto, vinculante), y como tal, racionalmente adoptada.

⁽⁸⁶⁾ Kolbe, Laura: *Coronavirus has given doctors a new job: Palliative care* (23/04/2020) <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/04/23/coronavirus-has-given-doctors-new-job-palliative-care/> & Ciruzzi, S., Comoretto, N., Hain, R., Jennings, B., Pettus, K., Radwany, S. y Schwartz, L.: *Palliative Care in the COVID-10 Pandemic. Briefing Note: Bioethical Principles, Practices and Recommendations Relevant to the COVID'19 Pandemic* (April 2020)

cual se dice que ella “consiste en la administración de fármacos sedantes en las dosis y combinaciones requeridas para provocar la disminución deliberada del nivel de conciencia en pacientes que presenten sintomatología refractaria y sufrimiento intolerable encontrándose en fase de últimas horas /días de vida”⁽⁸⁷⁾, y otra guía trata acerca de la “Situación de últimos días”, la cual “se aplica cuando el equipo asistencial de la Unidad COVID19 califica la situación clínica de un enfermo como NO RECUPERABLE y el equipo ha informado al paciente de la situación. / Esto ocurre cuando el equipo asistencial, en un proceso de deliberación ético, llega a la conclusión de que no puede o debe aplicar nuevas medidas terapéuticas bien porque no están libremente disponibles en la situación de pandemia, bien porque se ha establecido el juicio diagnóstico de irreversibilidad”.

Ahora bien, es de ver que, a más de así decirse algunas notas periodísticas⁽⁸⁸⁾, varios profesionales de la salud y algunos bioeticistas (si bien, en ocasiones, antes de que se desate el desastre de que tratamos)⁽⁸⁹⁾ se han referido a la selección de pacientes con inexacta

https://www.researchgate.net/publication/340926350_Palliative_Care_in_the_COVID-19_Pandemic_Briefing_Note_Bioethical_Principles_Practices_and_Recommendations_Relevant_to_the_COVID-19_Pandemic & Radbruch, Lukas, Knaul, Felicia M., Lima, Liliana de, Joncheere, Cornelis de y Bhadelia, Afsan: *The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering* (22/04/2020) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30964-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30964-8/fulltext) (Último acceso a estos tres sitios: 22/05/2020); Ciruzzi, María S.: *Algunos apuntes bioéticos, paliativos y legales sobre la pandemia de COVID-19*, La Ley, ejemplar del 30/04/2020, ps. 1 y ss.

⁽⁸⁷⁾ Como no en todos los casos la sedoanalgesia paliativa consigue aliviar el dolor en un grado aceptable (cfr. Manzini, Jorge L.: *Bioética paliativa*, Quirón, La Plata, 1997, ps. 136/7) -el cual en ocasiones es incontrolable-, es decir, que existen “casos en los que los cuidados paliativos no consiguen evitar el sufrimiento” (Gracia, Diego: “Dilemas éticos en el final de la vida”, en *Nexo*, Vol. XV, Supl. 1, Rev. del Hospital Italiano de Buenos Aires, 1995, p. 9), a más de la obvia licitud de recurrir al método conocido como la “Escalera Analgésica” de la OMS -que contiene analgésicos, opioides, no opioides y adyuvantes- (y la llamada “Escalera Analgésica modificada”, que además comprende técnicas invasivas en dolor crónico: neurocirugía), no advertimos de óbice ético o jurídico alguno para el empleo extremo de la narcosis (concepto que se refiere a técnicas y esquemas farmacológicos paliativos, para mitigar o suprimir el dolor físico de la enfermedad o de la agonía, y que nada tiene que ver con la “eutanasia”, aunque en ha sido maliciosa o torpemente empleado como sinónimo suyo: ver y comparar: Basso, Domingo M., O.P.: *Nacer y morir con dignidad. Bioética*, Depalma, Bs. As., 1991, ps. 467 y ss.; Niño, Luis F.: *Eutanasia. Morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales*, Universidad, Bs. As., 1994, ps. 214 y ss.), aunque ello importe un previsible acortamiento de la vida que declina y aunque sume al moribundo en un estado de total inconsciencia, dado que su propio fin intrínseco (evitar padecimientos extremos y aliviar una agonía insufrible) es premisa necesaria y suficiente para su incuestionable licitud. A cuyo respecto dicen Baudouin, J.-L. y Blondeau, D., ob. cit., p. 128, que “el médico debe poder administrar sin miedo a demandas judiciales todos los cuidados paliativos que exige el estado del paciente, aunque impliquen una reducción de su expectativa de vida. El objetivo no es (...) provocar la muerte, sino controlar el dolor”.

⁽⁸⁸⁾ P. ej., Parodi, E., Aloisi, S. y Barbaglia, P., ob. cit. en la nota (44); Beatriz Pérez, Beatriz: *Coronavirus: “Habrá que decidir a quién se salva y a quién no por falta de respiradores”* (23/03/2020) <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20200320/testimonio-medica-barcelona-coronavirus-7897757> (Último acceso: 25/05/2020)

⁽⁸⁹⁾ P. ej., puede decirse que premonitoriamente, Berlinger, Nancy, Wynia, Matthew, Powell, Tia, Hester, D. Micah, Milliken, Aimee, Fabi, Rachel, Cohn, Felicia, Guidry-Grimes, Laura K., Carlin Watson, Jamie, Bruce, Lori, Chuang, Elizabeth J., Oei, Grace, Abbot, Jean y Piper Jenks, Nancy: *Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic* (16/03/2020) <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/> señalaron que “la planificación de los desafíos éticos previsibles incluye la identificación de posibles decisiones de triaje, herramientas y procesos. En una emergencia de salud pública que presenta una enfermedad respiratoria grave, es posible que se tengan que tomar decisiones de clasificación sobre el nivel de atención (UCI vs. sala médica); inicio del tratamiento de soporte vital (incluyendo RCP y soporte de ventilación); retirada del tratamiento de soporte vital; y derivación a

“suavidad”, hablando de triaje ⁽⁹⁰⁾, aun cuando de su exposición parecería que se están refiriendo a “otra cosa” ⁽⁹¹⁾. Con “suavidad”, porque una vez que la pandemia hizo explosión, no estamos ante ni se trata propiamente de “niveles de urgencia” en un caso concreto, y menos aún de la aplicación de criterios médicos y éticos de admisión de pacientes en UTI (que lo son para pacientes en estado crítico ⁽⁹²⁾, caracterizado por su reversibilidad esperable y transitoriedad posible, pero no para los pacientes cuya irrecuperabilidad está claramente

cuidados paliativos (centrados en la comodidad) si el tratamiento de soporte vital no se iniciará o se suspenderá. Es posible que también se deban tomar decisiones de clasificación en relación con la escasez de personal, espacio y suministros”, en tanto que Truog, Robert D., Mitchell, Christine y Daley, George Q.: *The toughest triage-allocating ventilators in a pandemic*, NEJM, 23/03/2020, propusieron que el racionamiento de los ventiladores lo realice “un oficial de triaje o un comité de triaje compuesto por personas que no tienen responsabilidades clínicas para el cuidado del paciente”. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689> (Último acceso a ambos sitios: 23/05/2020).

⁽⁹⁰⁾ P. ej., en un documento del Observatori de Bioètica i Dret (de la Universidad de Barcelona): *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia*, marzo de 2020, se dice que “el triaje se contemplaría en el contexto de falta de recursos disponibles tanto humanos como materiales, tras haber agotado todos los recursos tanto intra como extrahospitalarios” http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf & En The Lancet, *COVID-19: protecting health-care workers* (21/03/2020), se señaló que “los informes del personal médico describen el agotamiento físico y mental, el tormento de las decisiones difíciles de triaje y el dolor de perder pacientes y colegas, todo además del riesgo de infección” [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email) & Huxtable, Richard: *COVID-19: where is the national ethical guidance?*. BMC Med. Ethics 21, 32 (20/04/2020, publicado el 01/05/2020) <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00478-2> aludió a “los dilemas espinosos que plantea el triaje y la asignación de recursos también atraen una atención considerable, particularmente el acceso a recursos de cuidados intensivos, en caso de que exija una oferta superior”, etc.

⁽⁹¹⁾ Creemos que éste es el caso de Klugman, Craig: *COVID Chronicles: What Does Triage Mean, How Does it Work, and When Will We Need It* (17/03/2020) <http://www.bioethics.net/2020/03/covid-chronicles-what-does-triage-mean-how-does-it-work-and-when-will-we-need-it/> “Los médicos en Italia se han quedado sin camas. Se han quedado sin ventiladores. Ahora tienen que decidir quién puede vivir y quién probablemente morirá (...). Es posible que Estados Unidos no se quede muy atrás en tener que tomar estas decisiones difíciles”. “Cuando hay más pacientes de los que uno puede tratar, entramos en una situación llamada triaje, un término del francés que significa «ordenar». Algunas opciones de triaje son simples y ayudan a reducir la morbilidad. Otras opciones son más complicadas y son decisiones de quién vive y quién muere. La pregunta es la misma para todos estos escenarios, ¿cómo decidimos a quién tratar y a quién no?”. “En tiempos de crisis, el sistema de atención médica se ha visto abrumado y no hay suficientes recursos para ayudar a todas las personas que lo necesitan”. “Las elecciones de triaje son difíciles. Los más enfermos entre nosotros, las personas que necesitan la mayoría de los recursos y la mayor atención y aún tienen una alta probabilidad de morir, probablemente no recibirán la atención médica que necesitan. En cambio, se colocarán en un lugar más tranquilo y se les proporcionará comodidad y cuidados paliativos. Se dará prioridad a los pacientes que tienen una mayor probabilidad de supervivencia utilizando menos recursos (medicamentos, RUP, camas en la UCI, tiempo del personal) pero que necesitan atención inmediata. Aquellos que pueden esperar un poco (...) esperarán hasta que los pacientes prioritarios sean tratados”. “Todas las vidas son iguales. No debería importar si alguien es rico o pobre; documentado o indocumentado; cis o trans; Todos los pacientes reciben el mismo trato. Una vez que se instituye una fórmula de priorización, debe seguirse. Esto ayuda a eliminar elegir favoritos o tomar decisiones emocionales. ¿Qué sucede si el paciente que necesita ventilación es su abuelo de 90 años? ¿O el CEO del hospital? O el alcalde? ¿Un sistema podría ser como el modelo italiano (años restantes de vida), o podría ser más igualitario (primer llegado, primero servido; una lotería), o necesidad médica (un factor importante en quién recibe un órgano para trasplante)? No hay un sistema correcto, pero es importante que haya un sistema acordado” (Último acceso: 23/05/2020).

⁽⁹²⁾ Ver Gherardi, Carlos R.: “Vida en estado crítico”, en Tealdi, J. C., *Diccionario Latinoamericano...*, cit., ps. 613/614.

definida), ni de la abstención, restricción o levantamiento de medios de soporte vital en un caso concreto, sino de multitud de pacientes y escasez de respiradores, en cuyo caso, tal como sucedió en España e Italia (nos remitimos a lo antes expuesto a su respecto), se trata de seleccionar y elegir entre quienes tienen mayores posibilidades estimadas de sobrevivir y quienes no⁽⁹³⁾, es decir, atender a algunos pacientes “por descarte” de otros, de tal modo que quienes no son favorecidos quedan fuera de la atención médica que, en situaciones normales, se les podría haber brindado. O sea que no se trata aquí de que algunos pacientes de menor gravedad tenga que esperar un cierto tiempo para ser atendido, sino de pacientes en similar situación, que requieren de atención médica inmediata, y que por lo anterior, algunos no la obtendrán (aún de tratarse de pacientes que podrían sobrevivir si recibieran asistencia médica), y así, hablar aquí de triaje, o es impropio, o es un dislate, o se trata de eclipsar, tal vez inocentemente (excesivo apego a “fórmulas” y abstracción de la realidad) la situación dada. Y si se desea minimizar lo aquí expuesto, pensando que se trata de que cada afectado deba “esperar su turno”, siendo sabido que el tiempo es un recurso no renovable, va de suyo que una demora aquí puede equivaler al mayor desarrollo de la enfermedad, a incapacidad o muerte de la persona desfavorecida. Sino también, a otros eventuales contagios.

Por supuesto, estos temperamentos extremos, a los que se recurrió en razón del desborde de mención, no constituyen, ni apelando a la más refinada sofística, una forma de eutanasia⁽⁹⁴⁾ en sentido estricto (el que antes señalamos, y que es el único que tiene). Que se puedan haber cometido actos eutanásicos (o SMA) en medio de la pandemia (al igual que en cualquier otra situación), es otra cuestión. Pero vayamos ahora a lo estrictamente jurídico en situaciones concretas.

V. Argumentos jurídicos, hipotéticos delitos, realidades y conclusiones.

Afirmando que “la premisa basal que otorga sentido a lo que se analiza (...) dicta que la persona que omite prestar ayuda al afectado en tránsito a la muerte, por efecto del virus, no podría ser considerada incurso en un delito, ni en calidad de autor ni de partícipe”, Moyano efectúa un buen análisis de la posibilidad de que, en estas situaciones, pudiese llegar a cometerse homicidio u abandono de persona, para afirmar, en sus conclusiones, que “espantar una diatriba a nuestro socorrista condiciones ante una decisión que es obligada e indudablemente penosa (muerte de una persona), luce innecesario”⁽⁹⁵⁾. Tiene razón⁽⁹⁶⁾. Pero

⁽⁹³⁾ P. ej.: *Le ultime notizie sulla diffusione di Covid-19* di domenica 15 marzo di Silvia Morosi e Greta Sclaunich: https://www.corriere.it/cronache/20_marzo_15/coronavirus-ultimi-aggiornamenti-dall-italia-mondo-8bb09602-6683-11ea-a26c-9a66211caeee.shtml (Último acceso: 27/03/2020). Vale acotar que, en estos términos, el “traje” que ideó la SEMICYUC no sería tal.

⁽⁹⁴⁾ Cfr. Boumpadre, Jorge. E.: *Coronavirus: ¿una nueva forma de eutanasia?* (31/03/2020) <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/48685-coronavirus-nueva-forma-eutanasia> (Último acceso: 19/05/2020).

⁽⁹⁵⁾ Moyano, Pedro H.: *Pandemia y Estado de Necesidad. La actuación crítica de los profesionales médicos* (09/04/2020) <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/48725-pandemia-y-estado-necesidad-actuacion-critica-profesionales-medicos> (Último acceso: 19/05/2020).

⁽⁹⁶⁾ Y también se la da la realidad cotidiana, similar en varios países (al nuestro, nos referiremos en lo que sigue): *El día a día del personal de salud en el mundo, del hospital a casa* (13/05/2020) <https://www.france24.com/es/20200513-el-d%C3%ADa-a-d%C3%ADa-del-personal-de-salud-en-el-mundo-del->

desde nuestro punto de vista, ello excedería a algo tan sólo inmerecido, sino que es un dislate mayúsculo.

También se ha dicho que el “principio de defensa de la vida física, que tiene su expresión jurídica en el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud, está en juego centralmente en esta pandemia”, señalándose que “para no tener que llegar al crítico momento en que puedan darse dilemas de elegir qué vidas salvar, es decisiva la planificación”⁽⁹⁷⁾. Pues bien, que la planificación reviste una importancia fundamental, resulta indiscutible. Pero analicemos un poco más a estos asertos, en contraste con un caso real. Se ha relatado que (dentro de la primera quincena de marzo/2020) “el alcalde de Fidenza, una ciudad a las afueras de la región de Lombardía, cerró el acceso al hospital local durante 19 horas. Estaba abarrotado de pacientes con COVID-19 y el personal del hospital había trabajado 21 días sin descanso. Si bien el cierre tenía como objetivo mantener el hospital funcionando, significaba que algunas personas «murieron en casa», dijo el alcalde, Andrea Massari”⁽⁹⁸⁾.

Ante estos casos, los postulados éticos (de cualquier índole) de la defensa de la vida y el consecuente derecho a la propia existencia sólo quedan como tales, ello además que aquí no hay “planificación” que valga para “elegir qué vida salvar”. En este caso y concretamente, la de las personas (tal vez, no todas) que acudiesen a dicho hospital una vez transcurridas esas 19 horas. De haber ello acontecido en la Argentina, ante alguna eventual denuncia penal por cualquier delito contra la vida (y/o por incumplimiento de deberes del funcionario público, creemos sólo correspondería la aplicación del inc. 3º del art. 34 del Cód. Penal)⁽⁹⁹⁾. En efecto, cualesquiera que hubiesen sido las consecuencias adversas de dicho cierre (incluyendo fallecimientos, tal vez algunos de ellos debidos a la falta de atención médica), que constituirían al “mal grave” causado, el “mal mayor” inminente que así se evitó (y al cual el alcalde y todos quienes forman parte de dicho hospital son ajenos, puesto que ellos no generaron la pandemia del COVID-19) es la falta de atención a todos quienes hubiesen concurrido al hospital del caso una vez que se abrieron nuevamente sus puertas.

Y lo mismo vale en las situaciones en análisis en las cuales los médicos tienen que elegir a quién tratar y a quién no, porque carecen de toda posibilidad real para atender a todos los pacientes (otra vez, esto no es triaje), pues también aquí los enunciados éticos y jurídicos tajantes quedan en la categoría de postulados.

Todo lo anterior, teniendo también en cuenta las condiciones de trabajo de los médicos de dicho hospital, y de muchos otros. Para lo cual, es de atender a los relatos (testimonios) de los médicos. Veamos uno: “Soy un médico de urgencias que trabaja en Manhattan en dos

hospital-a-casa (Último acceso: 24/05/2020).

⁽⁹⁷⁾ Lafferrier, Jorge N.: *El COVID-19, la bioética y los derechos humanos: principios y cuestiones en juego*, La Ley, 09/04/2020, AR/DOC/1014/2020.

⁽⁹⁸⁾ Parodi, E., Aloisi, S. y Barbaglia, P., ob. cit. en la nota (44).

⁽⁹⁹⁾ En efecto, cualesquiera que hubiesen sido las consecuencias adversas de dicho cierre (incluyendo fallecimientos, tal vez algunos de ellos debidos a la falta de atención médica), que constituirían al “mal grave” causado, el “mal mayor” inminente que así se evitó (y al cual todos quienes forman parte de dicho hospital son ajenos, puesto que ellos no generaron la pandemia del COVID-19) es la falta de atención a todos quienes hubiesen concurrido al hospital del caso una vez que se abrieron nuevamente sus puertas.

hospitales presbiterianos de Nueva York. Celebré mi 40 cumpleaños durante el pico de COVID-19 en un momento en que más de 150 pacientes entraban por nuestras puertas todos los días, más de 2,300 ya ingresaron y más de 700 estaban en unidades de cuidados intensivos en todo el sistema (...). En tiempos de paz, la mayoría de los que intubamos tienen enfermedades crónicas, o están profundamente confundidos, o inconscientes y sin darse cuenta del mundo que los rodea. COVID-19 ha cambiado la ecuación. La mayoría de mis pacientes ahora permanecen despiertos y alertas hasta el final. En estos días, la sala de emergencias está impregnada de conversaciones francas sobre la muerte y la posibilidad de vivir. Es difícil decirle a una persona sana y funcional que se sintió bien y bien hace seis días que puede estar muerta en uno o dos días y preguntar humildemente cuán agresivos quiere que seamos. La oportunidad de vivir conlleva el riesgo de dolor y la dependencia del soporte vital. La alternativa es la garantía de una muerte inminente pero pacífica. Nunca he tenido conversaciones más desgarradoras, más brutalmente honestas, más significativas y más exhaustivas en mi vida”⁽¹⁰⁰⁾.

Pero esto no es todo. Dado que, otra vez, en muchos centros de salud no hay suficientes respiradores para todos los pacientes, los equipos médicos también se enfrentaron a la difícil decisión de a quiénes interrumpen el tratamiento. La jefa de enfermeras de la UCI del Hospital Universitario Royal Free de Londres, Reino Unido, lo relató así: “La decisión de detener el auxilio respiratorio y el tratamiento solo se toma por equipos médicos tras una cuidadosa consideración. En esta se tienen en cuenta factores como la edad del paciente, condiciones médicas previas y posibilidad de recuperación”. “Desconectar los respiradores es parte de mi trabajo, es algo muy traumático y doloroso a nivel emocional. A veces siento que soy en cierta forma responsable de la muerte de esa persona”⁽¹⁰¹⁾. Es de entender que, en estos casos y por lo menos en alguna medida, el levantamiento de los medios de soporte vital responde a criterios serios que atienden a la falta de recuperación del paciente.

En idéntica situación y para nuestro país, también aquí sería de plena aplicación el inc. 3º del art. 34 del Cód. Penal. Porque se interrumpe el tratamiento intensivo de un paciente (entre otros que están intubados) al que se considera irrecuperable para brindárselo a otro con posibilidades de recuperación (entre otros en consideración), ya que el “mal grave” consiste en dicha interrupción, y el “mal mayor” que se evita es que el nuevo paciente a intubar, en cuanto cuenta con un cierto mejor pronóstico, fallezca (si se toma al valor vida sin más, podría decirse que los males los males -muerte- serían equivalentes, pero esto, en situación, nos parece demasiado dogmático, y además, se trata de un caso de estado de necesidad

⁽¹⁰⁰⁾ Ouyang, Helen: *I'm an E.R. Doctor in New York. None of Us Will Ever Be the Same* (14/04/2020) <https://www.nytimes.com/2020/04/14/magazine/coronavirus-er-doctor-diary-new-york-city.html?smid=nytcore-ios-share> Otros testimonios, pueden verse aquí: Hill, Jason: *An ER Doctor's Diary Of Three Brutal Weeks Fighting COVID-19* (22/04/2020) <https://www.buzzfeednews.com/article/jasonhill/coronavirus-covid-19-er-doctor-diary-new-york-hospital> & “*In a Week We Will Be Italy*”: *NYC ER Doctor Says the U.S. Pandemic Will Only Get Worse* (26/03/2020) https://www.democracynow.org/2020/3/26/nyc_hospitals_coronavirus (Último acceso a estos tres sitios: 25/05/2020)

⁽¹⁰¹⁾ Natarajan, Swaminathan: *Coronavirus "Apago el respirador y ayudo a los pacientes a morir en paz": el duro testimonio de una enfermera de cuidados intensivos* (21/04/2020) <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52330012> (Último acceso: 25/05/2020).

justificante supralegal) ⁽¹⁰²⁾. También puede pensarse que, por tratarse de dos bienes de igual jerarquía, y en situación, ante una muerte estimada como probable y una vida considerada como salvable, el temperamento en análisis es razonable (si el deber del médico es salvar vidas, atendió aquí a la que cuenta con mejores posibilidades de lograrlo), y este hecho sería atípico ⁽¹⁰³⁾. Más sencillamente, como aquí no hay dolo ni culpa de nada, no hay delito que valga.

Precisemos esto último. Al igual que para el caso en que hubiese que elegir entre dos pacientes, brindándole tratamiento a uno y descartando al otro, no se puede hablar de homicidio doloso (art. 79, Cód. Penal), porque nadie tiene aquí intención de cometer un daños injusto, sino de intentar salvar, al menos, al paciente seleccionado. Por consiguiente, menos aún podría decirse que, como intervino un equipo médico, se trataría de un homicidio agravado por mediar concurso premeditado de dos o más personas (art. 80, inc. 6º, Cód. Penal). Por igual razón, se descarta de suyo la figura del homicidio culposo, para más, siendo que en estos casos no media “imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo” (art. 86, Cód. Penal), ya que se tiene bien en claro lo que se hace. Y por supuesto, nadie pone aquí “en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar” (art. 106, Cód. Penal). Si hace falta explicar a esto último, esto es así porque, en el caso, si bien lo que está “en peligro” es la vida y/o la salud de varias personas, lo es por el COVID-19 y en la situación caótica dada, pero no por factores subjetivos de imputación penal al personal sanitario del caso, y así, el tener que elegir entre dos o más pacientes para intubar a uno de ellos, no implica colocar a nadie “en situación de desamparo” ni abandonarlo “a su suerte”, sino hacer lo mejor que se pueda hacer ante tal desastre. Lo mismo vale, en las condiciones antes relatadas, cuando se le levanta el soporte vital a alguien con escasas posibilidades de recuperarse, para pasar a brindárselo a otro con mejor pronóstico, y menos aún al prestarle al primero los cuidados paliativos que quepan, de vivir algún tiempo más.

Por otra parte, no es novedad para nadie que, *burnout* mediante ⁽¹⁰⁴⁾, merced a sus tareas de lucha contra el COVID-19 (es decir, atender a las personas que lo padecen), muchos

⁽¹⁰²⁾ Explica Roxin, Claus: *Derecho Penal. Parte General*, T. I, Civitas, Madrid, 1997, p. 672 que el estado de necesidad justificante supralegal, “que se desarrolló partiendo del principio en el que se basan todas las causas de justificación, a saber: que en caso de colisión ineludible de intereses en pugna el sujeto actúa conforme a Derecho si da preferencia al interés más valioso frente al menos valioso y con ello en definitiva hace algo socialmente provechoso”. No desconocemos que, en la p. 686, este autor dice que no se podría justificar “la conducta de un médico que le quitara a un paciente con un 30 % de posibilidades de sobrevivir el único aparato de respiración artificial existente en la clínica y con ello lo dejara morir, para poder salvar de ese modo a un paciente ingresado posteriormente con un 70 % de posibilidades de sobrevivir”, pero como en la práctica médica esos porcentajes son ilusorios, y en el caso de que tratamos, los pacientes son muchos, esta opinión suya no merece aquí mayor atención.

⁽¹⁰³⁾ Podría pensarse, de acuerdo con Moyano, P. H., ob. cit. en la nota (95), que se estaría ante un estado de necesidad disculpante, aunque nos parece que su opinión no responde acabadamente a lo dicho por Roxin, C. ob. cit., T. I., ps. 222 y 907. Como fuere, que se trata de una “situación excepcional”, se encuentra fuera de toda posible discusión.

⁽¹⁰⁴⁾ Burdorf, A., Porru, F. y Rugulies, R.: *The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health* https://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3893 & Anmella, G., Fico, G., Roca,

profesionales de la salud de todo el mundo se han contagiado y un elevado número de ellos han muerto (¹⁰⁵), contingencias ingratas que también acontecieron en nuestro país (¹⁰⁶), estando presente esa posibilidad de contagio tanto durante el aislamiento social preventivo y obligatorio (ya que dichos profesionales están “exceptuados” del mismo) como una vez que finalice, en tanto y en cuanto el SARS-CoV-2 siga rondando por el mundo. Tampoco lo es, más allá del aplauso que les brinda parte de la ciudadanía, el acoso y las agresiones sufridas por muchos de esos profesionales por parte de vecinos que temían que los contagiasen (¹⁰⁷) -

A., Gómez-Ramiro, M., Vázquez, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Verdolini, N. y Vieta, E.: *Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the COVID-19 crisis* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272031421X> & Ramón, Esteban: *La sobrecarga emocional de los sanitarios: “Están en riesgo de estrés postraumático”* (23/03/2020) <https://www.rtve.es/noticias/20200323/medicos-enfermeras-coronavirus-estres-postraumatico-depresion/2010641.shtml> & Garabetyan, Enrique: *El personal de salud, entre el síndrome de burnout, la angustia y el estigma social* (25/04/2020) https://www.perfil.com/noticias/ciencia/el-personal-de-salud-entre-el-sindrome-de-burnout-la-angustia-y-el-estigma-social.phtml?rd=1&fbclid=IwAR2Jz-6w2udKbTT2lnm_DGpsPts-0eInL6Y8E4rH5MeRQQD2_18kRmZNDhk&rd=1 & Soledad Blardone: *¿Quién cuida la salud mental de los médicos?* (09/05/2020) <https://www.infobae.com/tendencias/2020/05/09/quien-cuida-la-salud-mental-de-los-medicos/> & Zuccolo, Sabrina: *Cuidar a los que cuidan* (Mayo / 2020) <https://www.topia.com.ar/articulos/cuidar-que-cuidan> etc. Algunos no han tenido resortes suficientes como para soportar estas situaciones, p. ej.: *Estresada por el coronavirus, se suicidó la jefa de emergencias de un hospital* (27/04/2020) <https://www.unosantafe.com.ar/el-mundo/estresada-el-coronavirus-se-suicido-la-jefa-emergencias-un-hospital-n2580807.html> & *Un médico se suicidó porque tenía coronavirus* (05/04/2020) https://www.ole.com.ar/futbol-internacional/medico-francia-gonzalez-reims-covid_0_o5FXSu9BZ.html (Último acceso a todos estos sitios: 26/05/2020).

(¹⁰⁵) *In Memoriam: Healthcare Workers Who Have Died of COVID-19* (01/04/2020 - Actualizado al 22/05/2020) <https://www.medscape.com/viewarticle/927976> & Bonzo, Andrea: *La larga lista de médicos muertos en la batalla contra el coronavirus en Italia: “Estamos indefensos y sin armas”* (25/03/2020) <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/25/la-larga-lista-de-medicos-muertos-en-la-batalla-contra-el-coronavirus-en-italia-estamos-indefensos-y-sin-armas/> & Piqué, Elisabetta: *El drama de los médicos muertos en Italia por coronavirus: “Luchen para que no pase en sus países”* (04/04/2020) <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/el-drama-medicos-muertos-italia-coronavirus-luchen-nid2350793> & Bettiza, Sofia: *Italy's medical workers: 'We became heroes but they've already forgotten us* (26/05/2020) <https://www.bbc.com/news/world-europe-52784120> & Navarro, Juan y Saiz, Eva: *Dos médicos de familia, primeros facultativos muertos en España por coronavirus* (25/03/2020) <https://elpais.com/sociedad/2020-03-25/dos-medicos-de-familia-primeros-facultativos-muertos-en-espana-por-coronavirus.html> & Espinosa, Juan C.: *Muere una médica de 28 años por coronavirus, el cuarto fallecimiento de un facultativo desde que empezó la crisis* (29/03/2020) https://elpais.com/sociedad/2020-03-29/muere-una-medico-de-28-anos-por-coronavirus.html?ssm=TW_CC & *“Coronavirus: ¿Seré yo el próximo que se muere?”: el dramático testimonio de los médicos que se han infectado de covid-19 en América Latina* <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52510294> (Último acceso a todos estos sitios: 26/05/2020).

(¹⁰⁶) Fassi, Valentina: *Casi el 15% de los casos de coronavirus en la provincia pertenecen a personal de la Salud* (17/04/2020) <https://www.airedesantafe.com.ar/casi-el-15-los-casos-coronavirus-la-provincia-pertenecen-personal-la-salud-n152595> & Debesa, Fabián: *Es el cuarto doctor fallecido en el país. Coronavirus en Argentina: murió un médico de 56 años en la provincia de Buenos Aires* (23/04/2020) https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-murio-medico-56-anos_0_-VT5cpOgf.html & Díaz, Carlos A.: *Catorce por ciento de los infectados son trabajadores de salud. ¿Qué puede estar pasando?* (18/04/2020) <https://saludbydiaz.com/2020/04/18/catorce-por-ciento-de-los-infectados-son-trabajadores-de-salud-que-puede-estar-pasando/> & *Coronavirus en Argentina: 863 casos son personal de salud* (06/05/2020) <https://www.airedesantafe.com.ar/salud/coronavirus-argentina-863-casos-son-personal-salud-n154686> (Último acceso a todos estos sitios: 23/05/2020).

(¹⁰⁷) P. ej., ver https://www.linkedin.com/posts/andy-blake-b049938_en-un-edificio-de-un-barrio-de-esta-capital-activity-6651662517791674368-tWmS/ (a la fecha del último acceso, 23/05/2020, esta publicación cuenta con 55 comentarios).

aclaremos que no se trata de un “privilegio” argentino-⁽¹⁰⁸⁾. Y es también sabido que, a más de la precariedad de muchos centros de salud y de las condiciones generales de trabajo⁽¹⁰⁹⁾, en más de un lugar, carecen de material de protección personal o se los ha entregado material inadecuado⁽¹¹⁰⁾, ello a tal punto que, en nuestro país y en una cantidad abultada, la forma de conseguirlos lo fue mediante la promoción de acciones judiciales de amparo⁽¹¹¹⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Buda, Marilyne: *Crece la discriminación hacia el personal médico en Francia* (30/03/2020) <http://www.rfi.fr/es/francia/20200330-crece-la-discriminacion-hacia-el-personal-medico-en-francia> & Lahoz, Use: “¿Es Usted enfermera? ¡Pues largo de aquí!” (11/04/2020) https://elpais.com/elpais/2020/04/03/eps/1585931482_484397.html?ssm=TW_CC & “Rata contagiosa”: la lamentable pintada en el coche de una doctora de Barcelona (15/04/2020) https://www.publico.es/sociedad/coronavirus-rata-contagiosa-lamentable-pintada-coche-doctora-barcelona.html?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=web & González Díaz, Marcos: *Coronavirus: Health workers face violent attacks in Mexico* (18/05/2020) https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52676939?xtor=AL-72-%5Bpartner%5D-%5Bbbc.news.twitter%5D-%5Bheadline%5D-%5Bnews%5D-%5Bbizdev%5D-%5Bisapi%5D&at_custom3=%40BBCWorld&at_custom2=twitter&at_campaign=64&at_medium=custom7&at_custom4=FB1132A4-9897-11EA-AA73-4A054844363C&at_custom1=%5Bpost+type%5D & González, David: *Entre aplausos y discriminación, la lucha de los médicos contra el Covid-19 en Argentina y Colombia* (04/04/2020) <https://www.france24.com/es/20200404-discriminacion-medicos-argentina-colombia-coronavirus> (Último acceso a estos tres sitios: 23/05/2020).

⁽¹⁰⁹⁾ P. ej., Tiefenthäler, Ainara: ‘*Health Care Kamikazes*’: *How Spain’s Workers Are Battling Coronavirus, Unprotected* (30/03/2020) <https://www.nytimes.com/video/world/europe/10000007051789/coronavirus-ppe-shortage-health-care-workers.html> & Campanile, Carl y Vincent, Isabel: *Coronavirus in NY: Nurses working in dangerous conditions demand PPE from Cuomo* (11/04/2020) https://nypost.com/2020/04/11/coronavirus-in-ny-nurses-in-dangerous-conditions-demand-ppe-from-cuomo/?utm_source=facebook_sitebuttons&utm_medium=site+buttons&utm_campaign=site+buttons&fbclid=IwAR3bMPS9BrigiqmgaL_5VOJdHrdul_ghKWQ0QeLZEWU_CROaMaYeUE3gQIs & *Viral: un médico del Policlínico Pami II mostró las precarias condiciones en que trabaja* https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/236503-viral-un-medico-del-policlinico-pami-ii-mostro-las-precarias-condiciones-en-que-trabaja-en-rosario-regionales.html (Último acceso a estos tres sitios: 23/05/2020).

⁽¹¹⁰⁾ *Coronavirus Corrientes: Médicos trabajan desprotegidos y le hicieron un piquete al gobernador* (19/03/2020) <http://radioinfinitagoya.com.ar/v1/2020/03/19/coronavirus-corrientes-medicos-trabajan-desprotegidos-y-le-hicieron-un-piquete-al-gobernador/> & Alconada Mon, Hugo: *Coronavirus en la Argentina: malestar de médicos bonaerenses por el reparto de insumos inapropiados para su tarea* (21/04/2020) <https://www.lanacion.com.ar/politica/kicillof-insumos-nid2356035> & *Coronavirus en Argentina: la dura carta de médicos porteños por la falta de elementos de protección* (21/04/2020) https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-dura-carta-medicos-portenos-falta-elementos-proteccion_0_8CTSb31X1.html?utm_term=Autofeed&utm_medium=Social&utm_source=Twitter#Echobox=1587495011 & *Coronavirus en Argentina: en dos videos, los médicos alertan sobre la precariedad de los kits de protección* (24/04/2020) <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/04/24/coronavirus-en-argentina-dos-videos-alertan-sobre-la-precariadad-de-los-kits-de-proteccion-para-los-medicos/> & Fassi, Valentina: *Elementos de protección, la preocupación de los trabajadores de la Salud que luchan contra el coronavirus* (24/04/2020) <https://www.airedesantafe.com.ar/santa-fe/elementos-proteccion-la-preocupacion-los-trabajadores-la-salud-que-luchan-contra-el-coronavirus-n153439> etc. En general: *OMS, La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo* (03/03/2020) <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide> (Último acceso a estos cinco sitios: 25/05/2020).

⁽¹¹¹⁾ Se trató de decenas de acciones de amparo, promovidas por profesionales y personal de Salud de hospitales públicos contra el gobierno de la CABA, destinadas a la provisión de barbijos adecuados, camisolines, protectores oculares, guantes y alcohol en gel y líquido. También (con anterioridad al dictado del DNU 367/2020) se dispuso que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo arbitren los medios de prevención y control necesarios, y cubran el riesgo de contraer COVID-19. Ver “Diario Judicial”: *Cuidar a los que nos cuidan* (02/04/2020)

Por lo tanto, esperando que en la Argentina, toda o en cualquiera de sus localidades, no acontezcan situaciones similares a las ocurridas en los países que sufrieron devastadores desastres -parecería que, aparentemente, ello no va a pasar⁽¹¹²⁾, pero tampoco tenemos certeza, por lo menos y actualmente, en la CABA y en el área metropolitana de la provincia de Buenos Aires⁽¹¹³⁾- y en función de todo lo aquí antes expuesto, nuestra conclusión es una sola, más sencilla y, si se quiere, más contundente: en esta materia, lo más correcto (sino lo único por decir y por hacer) es que los juristas (en particular, los que carecen de alguna “dosis” de hospital, y/o para quienes constituye un gran esfuerzo consultar a los que saben de epidemiología, ya que, antes de emitir opiniones jurídicas tajantes, es prudente leerlos, a fin de poder “acomodar” mejor lo que se diga a lo que, guste, se entienda o no, es nuestra realidad)⁽¹¹⁴⁾ dejemos de lado a las elucubraciones “legalistas” de gabinete -de orden civil, penal, constitucional y etc.-⁽¹¹⁵⁾ y dejemos al personal de la Salud trabajar tranquilo (como

<https://www.diariojudicial.com/nota/86063/laboral/cuidar-a-los-que-nos-cuidan.html> & *Prevenir el coronavirus con más cautela* (09/04/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86084/laboral/prevenir-el-coronavirus-con-mas-cautela.html> & *Barbijos cautelares* (17/04/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86172/contencioso-administrativo/barbijos-cautelares.html> & *La Justicia continúa otorgando amparos para que los trabajadores de la salud tengan protección* (20/04/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86209> & *Salud cautelar ante el coronavirus* (21/04/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86213> y & *Protección elemental* (27/04/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86262> (Último acceso a estas publicaciones: 26/05/2020).

⁽¹¹²⁾ *Coronavirus: las camas de terapia intensiva en el país aumentaron casi un 30% por habitante* (21/05/2020) <https://www.airedesantafe.com.ar/salud/coronavirus-las-camas-terapia-intensiva-el-pais-aumentaron-casi-un-30-habitante-n156396> & *Vizzotti: “El 84 por ciento del país no tiene casos hace más de 14 días”* (24/04/2020) <https://www.unosantafe.com.ar/el-pais/vizzotti-el-84-ciento-del-pais-no-tiene-casos-hace-mas-14-dias-n2586369.html> & Llorens, Francisco: *Entrevista a Pedro Cahn: “Esto va a tener un término, no será una cuarentena eterna* (26/05/2020) <https://www.cronista.com/economiapolitica/Entrevista-a-Pedro-Cahn-Esto-va-a-tener-un-termino-no-sera-una-cuarentena-eterna-20200526-0062.html> (Último acceso a estos sitios: 24/05/2020).

⁽¹¹³⁾ P. ej., ver lo advertido por Rodrigo Quiroga (Bioinformático. Docente en la FCQ-UNC. Investigador asistente CONICET): <https://twitter.com/rquiroga777/status/1264760577609605122> (12:29 a.m. 25 may. 2020) & <https://twitter.com/rquiroga777/status/1265411247169843207> (7:35 p.m. 26 may. 2020).

⁽¹¹⁴⁾ Ver nota (113). P. ej., ver las opiniones de Ernesto Resnik (Biólogo Molecular/Celular, Biotecnólogo): <https://twitter.com/ernestorr/status/1265259471737180160> (“No hay soluciones mágicas, no hay tests que curen, no hay inmunidad de rebaño natural sin muertos, no hay cuarentena inteligente. Aislamiento, distanciamiento, tests positivos y aislamientos, y protección del personal de salud”) (9:32 a.m. 26 may. 2020) y de Jorge L. Aliaga (Físico, UBA-CONICET. Ex decano de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, UBA): <https://twitter.com/jorgeluisaliaga/status/1265240800860016640> (8:18 a.m. 26 may. 2020) & *Ari Lijalad y Nico Lantos entrevistas a Jorge Aliaga por la situación del COVID-19 en AMBA* (26 de mayo, 2020 07:41) <https://ar.radiocut.fm/audiocut/entrevista-a-jorge-aliaga-sobre-situacion-en-amba/> Un “breve diccionario ilustrado” para neófitos en materia epidemiológica, puede verse aquí: Bär, Nora: *Coronavirus en la Argentina: los diez números que definen el escenario epidemiológico* (26/05/2020) https://www.lanacion.com.ar/ciencia/los-diez-numeros-definen-escenario-epidemiologico-nid2369834?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter Y en cuanto a qué es un “pico”, ver Falaschini, Claudio: *Picos y loros* (26/05/2020) <https://threadreaderapp.com/thread/1265312866133041154.html#> (Último acceso a todos estos sitios: 26/05/2020).

⁽¹¹⁵⁾ Sólo por mencionar algunas: *Gargarella: “estamos viviendo en un estado de sitio de facto inaceptable según la Constitución”* (17/05/2020) <https://www.lagaceta.com.ar/nota/844440/actualidad/gargarella-estamos-viviendo-estado-sitio-facto-inaceptable-segun-constitucion.html> & *Ricardo Lorenzetti: “La limitación de la circulación y de las libertades tiene que terminar y enfocarse en donde se transmite el virus”* (26/05/2020) <https://www.infobae.com/politica/2020/05/26/ricardo-lorenzetti-la-limitacion-de-la-circulacion-y-de-las-libertades-tiene-que-terminar-y-enfocarse-en-donde-se-transmite-el-virus/> Algunas otras, más “inofensivas” para los médicos (excepción hecha de que de ellas puede llegar a devenirles mayor trabajo), pueden verse aquí: Savoia, Claudio: *Los constitucionalistas no se ponen de acuerdo respecto de la legalidad de prohibir las manifestaciones por la cuarentena* (26/05/2020) https://www.clarin.com/politica/constitucionalistas-ponen-acuerdo-respecto-legalidad-prohibir-manifestaciones-cuarentena_0_v7e0jls4.html En fin, podría también pensarse que para esta pandemia, no hay Constitución que valga, pues ella no parece ser apta para protegernos de

ellos lo dicen: “Ni héroes, ni asesinos. Somos médicos”) (¹¹⁶). Ya que bastantes problemas tienen como para “psicopatearlos” con disquisiciones de gabinete que, como y en cuanto tales, nada positivo para nadie aportan (¹¹⁷) (excepto para el SARS-CoV-2, que ha de estar muy agradecido de que algunos pregonen alegremente “el derecho a contagiar y ser contagiados”, sin medir consecuencias) (¹¹⁸).

“libertades” mal entendidas y peor ejercidas, en términos delirantes (p. ej., *La marcha de los irresponsables en Plaza de Mayo* [26/05/2020] <https://www.pagina12.com.ar/268151-la-marcha-de-los-irresponsables-en-plaza-de-mayo>). & “*La pandemia es falsa*”, *la insólita marcha en Plaza de Mayo* [26/05/2020] <https://mase.lmneuquen.com/plaza-mayo/la-pandemia-es-falsa-la-insolita-marcha-plaza-mayo-n708297>).

Cambiando de “rubro”, como un Doctor en Ciencias Económicas, entre otros dislates, dijo que “es imperioso modificar la estrategia para aprender a convivir con el coronavirus manteniendo una baja tasa de contagios. Parece de sentido común que si el virus penetra por los ojos, la nariz y la boca, el problema se soluciona cubriéndose los ojos, la nariz y la boca” (*Cómo salir de la pandemia de modo sostenible, por Mario Firmenich* [21/05/2020] <http://www.agenciapacourondo.com.ar/debates/como-salir-de-la-pandemia-de-modo-sostenible-por-mario-firmenich>), nada es de extrañar. Y además, no deja de resultar curioso que pensadores y otros, que se encuentran en las antípodas, concuerden de algún modo en objetar a la cuarentena, máxime sabiéndose los desastres que ha generado la pandemia. A cuyo respecto, resulta ilustrativo señalar que, mientras que algunos médicos que la transitaron y lo siguen haciendo dicen que “no podemos volver” a esa realidad (p. ej., Dr. Craig Spencer, https://twitter.com/Craig_A_Spencer/status/1264724313955078144 [10:05 p.m. 24 may. 2020]), otros hoy, se preguntan si “¿Vamos a hacer lo que tenemos que hacer para prevenir las próximas 100,000 muertes?” (Dr. Tom Frieden, <https://twitter.com/DrTomFrieden/status/1265366832531341317> [4:38 p.m. 26 may. 2020]), proponiendo respuestas: *5 ways to prevent another 100,000 coronavirus deaths in the US [and beyond]* [26/05/2020] <https://www.vox.com/2020/5/26/21270703/coronavirus-deaths-us-world-covid-19-nursing-homes>). Volviendo a lo “estrictamente jurídico”, corresponde acotar que la constitucionalidad del aislamiento social preventivo y obligatorio, ya nos hemos referido en oportunidades anteriores (en nuestro ensayo cit. en la nota [38] y en una publicación periodística: *Fundamentos del aislamiento social preventivo y obligatorio* [05/04/2020] https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/233358-fundamentos-del-aislamiento-social-preventivo-y-obligatorio-por-luis-guillermo-blanco-opinion.html). Eso es lo que sigue afirmando nuestra jurisprudencia (Lo más reciente puede verse aquí: <http://www.pensamientopenal.com.ar/fallos/48930-cuarentena-restricciones-libertad-personal-habeas-corpus-rechazo>), y además, las diferencias entre dicha medida y el estado de sitio son demasiado notorias como para intentar efectuar alguna suerte de “amalgama analógica” entre uno y otro. A este último respecto, ver lo opinado por Diego Armesto, Domingo Rondina y Mariano Bär en la nota de Monzón, Cindy: *Pandemia, constitución y confusión* (01/04/2020) <https://www.diariojudicial.com/nota/86054/noticias/pandemia-constitucion-y-confusion.html> (Último acceso a todos estos sitios: 25/05/2020).

(¹¹⁶) *Miles de médicos marcharon en Córdoba contra las amenazas e imputaciones* (25/05/2020) <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/miles-de-medicos-marcharon-en-cordoba-contra-amenazas-e-imputaciones> & Origlia, Gabriela: *Coronavirus. Multitudinaria marcha contra la imputación de médicos en Córdoba* (25/05/2020) <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-multitudinaria-marcha-imputacion-medicos-cordoba-nid2369483> (Último acceso a ambos sitios: 25/05/2020).

(¹¹⁷) Ejemplifiquemos con las palabras de un médico bonaerense (no vamos a proponer que se efectuó una encuesta destinada a “medir” cuántos otros piensan de modo similar): “Quiero tener todos los equipos de seguridad a mi alcance y provistos por la institución en la cual trabajo, quiero que no me caguen a trompadas en una guardia si tardo un poco más en atender a alguien o si me quedo dormido por estar 24 hs. de corrido trabajando con el estrés al máximo, quiero que no me llamen asesino si algo sale mal y no se obtiene los resultados esperados, soy humano y puedo equivocarme, quiero tener un sueldo acorde y poder trabajar en un solo lugar y no andar a las corridas de la clínica al hospital y del hospital a la clínica. Eso sería un buen incentivo. / Me encantan los aplausos, que nos digan héroes y todas esas cosas. Héroe las pelotas!!! No tengo superpoderes!!! Vos que podes quedate en tu casa!!! Tengo miedo, que héroe ni ocho cuartos!!! Quiero quedarme en mi casa abrazando a mis hijas!!!”. *La dura reflexión que escribió un médico de San Vicente para los que no respetan la cuarentena* (02/04/2020) <https://www.airedesantafe.com.ar/salud/la-dura-reflexion-que-escribio-un-medico-san-vicente-los-que-no-respetan-la-cuarentena-n150842> (Último acceso: 24/05/2020).

(¹¹⁸) Ver, con nuestra recomendación, Brieger, Pedro: *Opinión: coronavirus, el derecho a contagiar y ser contagiados* (08/05/2020) <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/08/opinion-coronavirus-el-derecho-a-contagiar-y-ser-contagiados/> Lo dicho por Sisti, Dominic Gorin, Moti , Largent, Emily y Caplan, Arthur: *Lockdown protesters have a moral duty to forgo medical care in favor of those who followed the rules* (11/05/2020)

Lo anterior, máxime siendo que, en todo tiempo y como bien lo ha destacado Drane, en el ámbito clínico “se plantean disyuntivas que dificultan mucho la adopción de decisiones acertadas. Muchos casos clínicos son trágicos en el sentido de que todas las opciones parecen ser malas, y sin embargo hay que hacer algo. En muchos casos los riesgos son grandes y las consecuencias son difíciles de prever y de aceptar” ⁽¹¹⁹⁾, y a pesar de todas las oscuridades que pueden presentarse en el caso concreto, dentro de las posibilidades dadas, algún temperamento se debe adoptar, aunque no se llegue nunca a saber cuál opción hubiese sido la mejor ⁽¹²⁰⁾.-

Fecha: Santa Fe, 27/05/2020, 03:16 hs.-

<https://www.pennlive.com/opinion/2020/05/lockdown-protesters-have-a-moral-duty-to-forgo-medical-care-in-favor-of-those-who-followed-the-rules-opinion.html> tampoco tiene desperdicio: “Los manifestantes contra el confinamiento tienen el deber moral de renunciar a la atención médica en favor de aquellos que siguieron las reglas”: “Si los manifestantes no pueden ser persuadidos de que están equivocados y su comportamiento es peligroso, deben asumir su compromiso político y firmar y llevar a. promesa de que rechazan toda la atención médica para tratar COVID-19, en caso de que caigan enfermos si se racionan los recursos. La famosa proclamación de Patrick Henry, llevada a cabo por muchos manifestantes, es «dame libertad o dame muerte», no «dame libertad y si eso no funciona tan bien dame un respirador escaso»”. (Último acceso a ambos sitios: 25/05/2020).

⁽¹¹⁹⁾ Drane, James F.: “Procedimientos de ética clínica”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Año 69, Vol. 108, Nos. 5. y 6, Washington, D.C., E.U.A., mayo y junio de 1990, p. 415

⁽¹²⁰⁾ Cfr. López Azpitarte, Eduardo: *Ética y vida. Desafíos actuales*, Paulinas, Madrid, 1990, p. 116, refiriéndose a situaciones ortotanásicas neonatales en casos límite.