



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

ISSN: 2027-5382

Universidad de la Sabana

Ríos-Uriarte, María Elizabeth de los; Revello, Rubén Oscar
El criterio del azar vs. la ponderación en la asignación de
recursos sanitarios escasos ante emergencias sanitarias
Persona y Bioética, vol. 25, núm. 1, e2512, 2021, Enero-Junio
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.2>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83269976004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

EL CRITERIO DEL AZAR VS. LA PONDERACIÓN EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS ESCASOS ANTE EMERGENCIAS SANITARIAS

CHANCE VS. WEIGHTING CRITERIA IN ALLOCATING SCARCE HEALTH
RESOURCES TO HEALTH EMERGENCIES

O CRITÉRIO DA CASUALIDADE VERSUS A PONDERAÇÃO NA ATRIBUIÇÃO DE
RECURSOS SANITÁRIOS ESCASSOS DIANTE DE EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

María Elizabeth de los Ríos-Uriarte¹
Rubén Oscar Revello²

DOI: 10.5294/pebi.2021.25.1.2

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Ríos Uriarte ME, Revello RO. El criterio del azar vs. la ponderación en la asignación de recursos sanitarios escasos ante emergencias sanitarias. Pers Bioet. 2020;25(1):e2512. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.2>

1 <https://orcid.org/0000-0001-9600-445X>. Universidad Anáhuac, México.
elizabeth.delosrios@anahuac.mx

2 <https://orcid.org/0000-0003-1986-9946>. Pontificia Universidad Católica de Argentina,
Argentina. revello@uca.edu.ar

RECEPCIÓN: 28/07/2020

ENVÍO A PARES: 25/08/2020

APROBACIÓN POR PARES: 15/09/2020

ACEPTACIÓN: 17/11/2020

RESUMEN

Cuando suceden eventos como una pandemia, en donde hay que velar por la salud de toda una población, el enfoque se centra en la salud pública. Aunque existen varios criterios con los cuales se pueden tomar estas decisiones, conviene profundizar más sobre la ponderación que va más allá de la simple consideración de factores a primera vista visibles. Se propone la ponderación como mecanismo en lugar del azar ya que, dada la unidad sustancial de la persona y su intrínseca dignidad, su destino no puede quedar sujeto a nada menos que la aplicación del juicio inteligible propio de la razón humana.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS): jerarquía social; clasificación; servicios de salud; recursos en salud; pandemia.

ABSTRACT

When events such as a pandemic occur, and the entire population's health must be ensured, the focus is on public health. Despite several criteria for decision-making, it is advisable to delve into the weighting beyond the mere consideration of plainly visible factors. We propose weighting as a mechanism instead of chance since, given the person's substantial unity and intrinsic dignity, their destiny cannot be subject to anything less than the exercise of intelligible judgment inherent to human reason.

KEYWORDS (SOURCE: DeCS): Social hierarchy; classification; health services; health resources; pandemics.

RESUMO

Quando ocorrem eventos como uma pandemia, em que se é necessário garantir a saúde de toda uma população, o foco centra-se na saúde pública. Ainda que existam vários critérios com os quais se podem tomar essas decisões, convém aprofundar mais sobre a ponderação que vai além da simples consideração de fatores à primeira vista visíveis. Propõe-se a ponderação como mecanismo em vez da casualidade já que, dada a unidade substancial da pessoa e sua intrínseca dignidade, seu destino não pode ficar sujeito a nada menos que a aplicação do julgamento inteligível próprio da razão humana.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DeCS): Hierarquia social; classificação; serviços de saúde; recursos em saúde; pandemias.

INTRODUCCIÓN

El escenario mundial actual despierta importantes reflexiones sobre la noción de la salud y su concepción ante una crisis sanitaria como la que se está viviendo.

Conviene aclarar, en primer lugar, que existen diferencias importantes entre la práctica de la medicina clínica tradicional y la práctica de la medicina con un enfoque en la salud pública. Cuando suceden eventos como una pandemia, en donde hay que velar por la salud de toda una población o, más aún, de todas las personas en el mundo, el enfoque se centra en la salud pública; ahora bien, esto genera desconcierto sobre todo en momentos en que hay que tomar decisiones referentes a la distribución de los recursos (1) que, en otras circunstancias, parecían alcanzar para todos, pero que, en un caso donde la salud poblacional está en riesgo, son insuficientes.

Así, algunas diferencias importantes son que, mientras la práctica de la medicina clínica tradicional centra su importancia en la relación médico-paciente e intenta restaurar la salud con el propósito de reinsertar a la persona a su vida normal, toma como principios fundantes la dignidad intrínseca de todas los seres humanos y el valor de la vida física como manifestación de esta, y con ello asume la importancia de involucrar al paciente en la toma de decisiones libres y responsables para el cuidado de sí mismo, en el enfoque de salud pública la relación ya no es simétrica, de paciente a médico, sino de muchos pacientes a pocos médicos. Asimismo, las demandas de recursos se incrementan y los mecanismos para hacerles frente llegan a ser, a menudo, insuficientes. Por ello, la salud pública debe planear con antelación (2) y establecer protocolos claros y bien conocidos para poder intervenir en escenarios de crisis sanitarias como una pandemia. Con esto, el principio sobre el que descansa

EL ENFOQUE EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA
MAYORÍA DE LAS PERSONAS TIENE COMO OBJETIVO LA
BÚSQUEDA DEL BIEN COMÚN Y, POR ENDE, DEBE VALERSE
DE CRITERIOS QUE PERMITAN CONSEGUIR DICHO FIN.

esta práctica es el de justicia, con ayuda de los principios de sociabilidad y de subsidiariedad (3).³

DESARROLLO

El enfoque en el cuidado de la salud de la mayoría de las personas tiene como objetivo la búsqueda del bien común y, por ende, debe valerse de criterios que permitan conseguir dicho fin. Para ello, en medicina de emergencias, donde usualmente los recursos son igualmente limitados, a nivel internacional se usa el método denominado *triage* que tiene por finalidad medir el nivel de gravedad de los pacientes para seleccionar a aquellos que tengan mayores posibilidades de sobrevivencia a fin de brindarles los recursos existentes; así, con base en mediciones objetivas a nivel médico se decide quién puede verse más beneficiado al asignarle un recurso.

Es importante subrayar que estas decisiones no tienen por objetivo decidir qué pacientes se salvan y quiénes mueren ya que lo segundo, al ser un mal en sí mismo, no puede ser objeto de la voluntad que decide (5).⁴ Por tanto, la intención

³ Aquí se resalta el principio de subsidiariedad, que corresponde a socorrer más ahí donde haya una mayor necesidad que, en términos de salud, se traduce como el más enfermo y que, por ende, requiere el mayor cuidado y la mayor atención posibles (4).

⁴ Santo Tomás trata sobre la voluntad como la facultad que permite elegir y aclara que solo se elige sobre lo que es posible pues, lo que es imposible, al ser detectado como tal, se desiste en perseguirlo (6). Por ende, la selección de los pacientes va

del equipo médico tratante debe centrarse en las posibilidades reales de sobrevida de cada paciente, los medios disponibles y la pertinencia de aplicarlos a esta persona en particular –proporcionalidad/desproporcionalidad–.

Muchas han sido las guías que, en distintos lugares, se han publicado con el propósito de orientar las decisiones clínicas sobre la asignación de recursos escasos en esta pandemia. Por otra parte, sabemos que existen varios criterios con los cuales se pueden tomar estas decisiones (1); por mencionar algunos, está el que favorece al que llegó primero, con lo cual se deja de lado a aquellos que, por vivir en las afueras o en lugares lejanos de un centro de salud no pudieron llegar antes; en segundo lugar está el criterio que asigna un valor social a unos individuos por encima de otros, lo que supone el problema de la subjetividad involucrada en dicha asignación; en tercer lugar está el criterio de la utilidad social de unos por encima de otros, el cual depende de las actividades que una persona desarrolle dentro de su comunidad y si, en momentos de crisis, son actividades esenciales bien sea para mantener el orden social o bien para atender las situaciones médicas presentadas; en cuarto lugar está el criterio que favorece a los más jóvenes por tener “una vida por completar”, en el entendido de que los adultos mayores ya han vivido lo suficiente mientras que los jóvenes no, lo que pone en evidencia una concepción igualmente subjetiva en la noción de “vida completada”; Por último, en quinto lugar encontramos los criterios que priorizan los “años de vida salvables”, que pone el énfasis en la expectativa de vida de cada persona suponiendo

en función de la posibilidad de brindarles los recursos que les ayuden a recuperarse, no en función de la elección de la muerte de algunos ya que, para ello, no se requieren recursos, basta la propia condición del paciente para que esto ocurra, es decir, no se asignan recursos con el fin de matar a algunos pacientes si no, justo al revés, para salvar a quienes puedan ser salvables.

que se le da el recurso requerido, sin embargo, de igual forma, este criterio se fundamenta en una estimación sobre la expectativa de vida poblacional que, si bien es general, deja fuera los casos particulares.

Ante la dificultad de introducir criterios subjetivos que favorezcan a unos por encima de otros, se han propuesto, de igual modo, escalas de medición de parámetros médicos, objetivos y reevaluables como las escalas SOFA y APACHE II o APACHE III⁵ (7) para evaluar las posibilidades de sobrevida de los pacientes con el uso de los recursos existentes. Esto ha sido evaluado como positivo por la comunidad médica y, aunque se reconoce que dichas escalas no fueron ni pensadas ni creadas específicamente para covid-19, muchos de los pacientes que presentan cuadros graves de enfermedad respiratoria aguda causada por este virus pueden ser evaluados con estas. De esta manera, se excluyen de la ecuación percepciones o juicios subjetivos que pueden ser, incluso, discriminatorios.

Hasta aquí el proceso, si bien complejo y difícil emocionalmente para los profesionales de la salud, parece soportable por contar con el respaldo de documentos científicos que avalan las mediciones sobre la gravedad y las posibilidades de sobrevida; sin embargo, la decisión se torna aún más compleja cuando existen los casos en que dos pacientes se encuentran en igualdad de circunstancias porque las escalas de medición arrojan los mismos parámetros, pero los recursos son insuficientes y hay que decidir entre ambos a quién dárselo para que se pueda ver más beneficiado.

Ahora bien, bajo estas consideraciones y atendiendo a la justicia como la define el Aquinate: dar a cada uno lo

⁵ Para mayor referencia sobre los parámetros de estas escalas ver el sitio MC+CALC (8).

suyo (6), de lo que se trata es de impartir justicia, por lo que se deberán evaluar las condiciones individuales y específicas de cada paciente para asignarle el tipo de recurso y atención que necesite y que se tenga a disposición. Para ello conviene considerar –y solo en estos casos excepcionales– algo más que las mediciones objetivas de las escalas SOFA o APACHE que se mencionaron, pero esto conlleva, a su vez, el problema del tiempo que toma esta consideración y de las dificultades para realizarla debido a la inmensa cantidad de pacientes por atender.

Por lo anterior, algunos documentos han propuesto un método un tanto controversial de resolución del dilema ético sobre la asignación de recursos sanitarios escasos cuando dos o más pacientes se encuentran en igualdad de circunstancias atendiendo a sus valoraciones a partir de las escalas de medición de las posibilidades de sobrevivencia.

Este método se asienta sobre el azar u otros métodos aleatorios⁶, como la lotería, para seleccionar a alguno

⁶ El criterio de la selección aleatoria de pacientes fue propuesto por vez primera por la “New York State Task Force on Life and the Law” que, a su vez, fue una actualización de otro documento previo publicado en 2007 con una actualización posterior en 2009 durante la pandemia por influenza. Si bien dicho criterio está presente en este documento, se aclara que no todos los miembros que conformaron el grupo estuvieron de acuerdo en incluirlo. Se sugiere revisar las críticas que se hacen respecto del mismo (9). Posteriormente, en México, el Consejo de Salubridad General publicó un borrador llamado: “Guía bioética de asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia” que proponía, de nuevo, el criterio del azar para la selección de pacientes, aunque una semana más tarde tuvo que ser removido del sitio web por las críticas recibidas a este y a otros criterios que se incluían en el documento y, finalmente, fue sustituido por el definitivo bajo el mismo nombre, en donde ya no se incluye dicho juicio

de los pacientes en cuestión. Si bien a primera vista se muestra como un método objetivo, donde no se introducen criterios subjetivos, el azar no es un criterio ni científico ni ético, por lo que a continuación proponemos un método alterno basado en la ponderación⁷ como herramienta para evaluar los posibles tratamientos para uno y otro paciente.

Lo primero que es preciso aclarar es que el escenario de tener dos o más pacientes graves que ameritan un ventilador no invita, en primera instancia, a la selección forzosa de alguno de ellos, es decir, si lo primero en el acto médico se basa en el principio de salvaguardar la vida física como manifestación de la persona, el dilema se reduce a una intervención apropiada para cumplir con este primer objetivo. Lo anterior significa que, en principio, lo que se debe buscar no es seleccionar a los pacientes, sino razonar qué tipo de intervención necesita cada uno de ellos con vistas a recuperar la salud si el escenario lo permite, salvaguardar su vida física o brindarle calidad de vida en caso de que lo primero no sea ya posible.

Con lo anterior, el dilema parece esclarecerse pues ya no se tratará de elegir salvar a uno y no al otro, sino de atender individualmente a cada uno según convenga para la salvaguarda de su dignidad y de su vida física.

de desempate, sino que se recomienda atender a criterios estadísticos que muestran, por ejemplo, un agravamiento de la covid-19 en pacientes masculinos, o bien el dar preferencia a los grupos que han sido históricamente marginados (10).

⁷ La primera referencia a este criterio se remite a Rubén Revollo en su artículo “Criterios para la asignación de asistencia mecánica respiratoria en pacientes con Covid-19, una mirada bioética”, publicado por el Centro de Familia y Bioética (11).

LA ESTRUCTURA DEL ACTO VOLUNTARIO SE COMPONE DE SEIS PASOS QUE PROVIENEN DE LA FACULTAD HUMANA DE LA INTELIGENCIA Y SEIS QUE PROCEDEN, A SU VEZ, DE LA FACULTAD DE LA VOLUNTAD, POR LO QUE UN ACTO LIBRE NO ES ÚNICAMENTE RACIONAL NI ÚNICAMENTE VOLITIVO, SINO QUE PROVIENE DE LA PERFECTA UNIÓN DE AMBAS FACULTADES PROPIAMENTE HUMANAS.

Además, hacer depender la atención médica y, por ende, la vida de una persona de un juego azaroso deja fuera la importancia de la individualidad de cada ser humano, su unicidad y su naturaleza esencialmente digna. La persona no puede quedar sujeta a las leyes ni de la naturaleza ni del azar en tanto sustancia y fin en sí misma, por ello, conviene que el azar no sea el método adecuado en una decisión que versa sobre la vida de una persona. Por otro lado, el gran esfuerzo desde los griegos fue pasar del mito al logos, de lo caótico a lo lógico, o, usando un lenguaje posterior: de lo azaroso a lo necesario. La pregunta, entonces, es ¿por qué la ciencia, que tanto se esforzó por desembarazarse del azar, quisiera volver a incorporarlo en una situación tan sensible? ¿No es más un intento de desentenderse de tomar una grave decisión ética? Y de ser así, ¿esta renuncia a no tomar postura comprometedora, no es en sí misma una decisión ética?

Conviene profundizar sobre la ponderación que va más allá de la simple consideración de factores a primera vista visibles. La ponderación constituye uno de los doce⁸ pasos

8 Si bien, el de Aquino no propone “doce” pasos, sino que describe la estructura del acto voluntario, Roger Verneaux la sintetiza en doce pasos y, para facilitar el entendimiento de dicha estructura me remito a este autor para explicarlos en este artículo (12).

del acto voluntario que propone Santo Tomás de Aquino. A continuación, se detallan los mismos con la finalidad ubicar el lugar de la ponderación, sus antecedentes y sus consecuentes a fin de poder, con ello, determinar que este es un método más racional para enfrentar el escenario planteado inicialmente.

La estructura del acto voluntario se compone de seis pasos que provienen de la facultad humana de la inteligencia y seis que proceden, a su vez, de la facultad de la voluntad, por lo que un acto libre no es únicamente racional ni únicamente volitivo, sino que proviene de la perfecta unión de ambas facultades propiamente humanas. Así, los pasos son:

1. Antes que nada, lo que echa a andar todo el mecanismo es la inteligencia que detecta la verdad y bondad de un acto. En el marco del dilema tratado en estas páginas sería la atención médica que uno o más pacientes necesitan.
2. La simple detección del bien que se va a ejecutar despierta una complacencia espontánea que se llama veleidad, la cual proviene del saber la bondad a la que queremos inclinarnos, pero corre el riesgo de quedarse únicamente en la sensación de satisfacción o placer sin pasar a la acción.

3. Si superamos la veleidad y proseguimos, el tercer paso será el examen del acto que queremos ejecutar como bueno y posible. En este contexto, examinar si la atención que pienso debe dársele al paciente A es buena y posible (existen medios y recursos para hacerlo). Recordemos que si, inicialmente, la decisión no es sobre elegir a uno por encima del otro, la posibilidad de la acción no debe quedar sujeta a la escasez proveniente de la cantidad de pacientes que requieren el recurso, sino que se debe partir de que sea posible otorgarle el medio al paciente sin considerar si hay o no suficientes, sino solo si los hay en existencia.
4. Si se comprueba que el bien es posible se pasa a poner al centro a la firme intención de conseguirlo. Esto deja fuera la consideración de otros pretextos o circunstancias que pudieran desviar del cabal cumplimiento de la acción, ya que únicamente esto sería posible si en el paso anterior se consideró que el bien no era posible. La intención en este caso sería salvar la vida del paciente.
5. Ya que se ha propuesto firmemente la intención, nos damos a la tarea de buscar los medios para alcanzar esa intención. Aquí pueden entrar en consideración otros elementos que conviene advertir como, por ejemplo, que en el paso tres el recurso era posible porque, de hecho, sí había ventiladores (por mencionar un recurso) en existencia, sin embargo, en este paso, al pensar en los medios, me doy cuenta de que, si bien sí hay ventiladores, estos no son suficientes y entonces comienzo a buscar, o bien otros medios o bien maneras de conseguir el recurso que vislumbré como posible anteriormente.
6. Aquí llegamos a un paso complejo pues se trata de apegarnos a los medios analizados para, realmente, conseguir la intención o el fin propuesto. Decimos que es complejo porque los medios, a su vez, requieren la puesta en práctica de determinados hábitos o virtudes que disponen internamente al sujeto para seguirlos y, por ende, no siempre tenemos la disposición de conseguirlos cuando vemos lo que esos medios implican. Aquí podríamos decir que cuando vemos que el medio es un bien insuficiente para todos los pacientes –en este caso el ventilador–, y que la manera o el medio de conseguirlo es realizando una valoración objetiva y medible del estado de gravedad de cada uno, y observando sus reales y actuales posibilidades de sobrevivencia, podemos decaer en el ánimo de conseguir el bien de salvar la vida del paciente y rendirnos a la tentación de no continuar, o podemos hacerlo, pero con el desánimo de la dificultad que implica la decisión misma y, por ende, dejar que en nuestro proceso se cuelen emociones que mermen los siguientes pasos.
7. Si superamos esta fase entramos ya en los pasos que provienen de la voluntad, en donde el primero es la deliberación que consiste en elegir, de los medios analizados, cuál es el mejor y el más eficaz. Únicamente se delibera respecto de los medios y no del fin pues, como dijimos anteriormente, el fin es la salvaguarda de la vida del paciente en el entendimiento de la relación médico-paciente y este fin es inobjetable en la naturaleza de dicha relación.
8. Este siguiente paso es, propiamente, donde elegimos un medio por encima del otro, es decir, es el paso de la elección como tal. En este caso, se decide proseguir con la atención médica de carácter curativo (asignar el recurso) o derivar al paciente a cuidados paliativos.

9. Una vez que se ha tomado esa decisión, se ordenan los pasos por seguir para realizarla, es decir, este paso es meramente mecánico para establecer las siguientes acciones enfocadas a la elección tomada en el paso anterior.
10. Para continuar el orden y ponerlo en práctica, la voluntad elige las facultades que deben intervenir: la imaginación, la sensibilidad, el movimiento, etc. En el caso que nos ocupa podrían intervenir tanto la sensibilidad como la movilidad para comenzar los trámites necesarios para la atención médica que corresponda (preparar el equipo, material e instrumental médico, mover o trasladar al paciente, colocar medicamentos, etc.).
11. Finalmente, llega la ejecución del acto, es decir, puestas las facultades necesarias, se sigue que el acto se ejecuta.
12. El último paso es la consecución del bien elegido desde el primer paso y que lleva implícitamente el disfrute de este (12).

Ante el argumento que afirma que es imposible la elección de los medios puesto que hay escasez de recursos, se debe afirmar que la consideración de la escasez lo es solo cuando estos son analizados en su conjunto tomando en cuenta la cantidad de pacientes que los requieren y no valorando la utilidad y beneficencia de este independientemente de la cantidad de pacientes. Esto significa que, cuando se valoran los medios para la consecución del fin, en este caso, los ventiladores, estos deben ser valorados en función de la pertinencia para el paciente A, y luego para el paciente B y así sucesivamente, en donde las respuestas serán si los requieren o no y cómo los beneficiarán.

De otro modo, cada valoración de medios y de elección de estos en orden al bien deberá realizarse con base en la ponderación sobre un solo paciente y después pasar al que sigue, y no comparativamente respecto de los dos, porque así se pierde de vista la eficacia del medio y su beneficio para el paciente por considerar la dificultad de tener que seleccionarlos.

En un segundo momento de la valoración vendrá la apreciación del recurso como escaso y se valorarán otros medios posibles como la derivación del paciente a los cuidados paliativos pertinentes.

Una vez más, la decisión no debe ser a quién asignarle el recurso, sino si el paciente A requiere el recurso y cómo lo beneficiará. El enfoque cambia rotundamente con una u otra mirada.

Una vez analizados los pasos del acto voluntario, el criterio de la *ponderación* que, como afirma Revello, según la definición de la Real Academia Española significa “examinar con cuidado algo, en sí mismo”, se encuentra presente desde el primer paso hasta el doce; sin embargo, se encuentra de manera más enfática en el quinto, el sexto y el séptimo, es decir, entre los propios de la inteligencia y los de la voluntad, de tal manera que es una actividad específicamente humana, racional y volitiva.

Lo anterior nos sitúa fuera del ámbito del azar, de la suerte o de la buena fortuna, pues, interviene un análisis minucioso de los medios para la consecución del bien último que es salvar la vida del paciente, reflexionar sobre su real posibilidad, apegarnos a las acciones propias a las que estos nos conducen y, finalmente, volcarnos a ellos para conseguir el bien propuesto. Todo lo cual se

hace pensando en el paciente que se está evaluando y frente al cual surge el imperativo de salvaguardar su vida.

Al hacer esto, la ponderación pasa por el discernimiento en donde se nos exige volver sobre los análisis previos de los medios y *ponderar si*, efectivamente, convienen o no. Esta conveniencia se asienta en el *aquí y ahora*, con lo cual se evitan las proyecciones a futuro o la memoria de situaciones pasadas que pueden no ser adecuadas para la elección final en el momento presente; por ende, nos obliga a verter en nuestras decisiones elementos más objetivos y nos advierte, de igual forma, de elementos subjetivos que la veleidad inicial pudiera haber arrojado sobre nuestro juicio.

Así, el problema no está en la intención o en la existencia de los medios para alcanzarla, sino en el discernimiento de estos y en la detección de, entre ellos, aquellos que sean posibles y aquellos que no.

Si se elige darle el recurso al paciente o remitirlo a otro tipo de atención enfocada en paliar su condición, será en función de cada paciente en particular y nunca en comparación con otro, pues, en dicha comparación habrá que realizar, por su parte, un nuevo proceso que incluya los pasos de la inteligencia y los propios de la voluntad. Nuevamente, si bien en la práctica se puede presentar la necesidad de comparar dos pacientes, en la realización del acto frente a uno o frente a otro se decide de forma individual, nunca comparativa.

Hasta aquí no ha aparecido el azar, sino el riguroso camino de la elección de los fines posibles y de los medios más eficaces bajo la iluminación de una razón y de una voluntad

orientadas a preservar la dignidad humana y el cuerpo de la persona como receptáculo de su unidad sustancial.

Si bien el azar parece ser un método objetivo y justo en algunos procesos de selección, no resulta igual al tratarse de personas humanas al ser estas fines en sí mismos y, por ende, no estar a disposición de arbitrariedades pues, justamente, cuando de personas se trata, el azar es arbitrario y, por serlo, es profundamente injusto. La persona humana puede quedar a merced de la suerte por ser una sustancia⁹ con un *telos*¹⁰ específico que interpela, elige, se encamina a su perfección, por ende, la suerte, con su carencia de sentido, no puede determinar a aquello que tiene sentido en sí mismo. Por ello, el azar no puede ser considerado como criterio válido para seleccionar personas ya que sería un proceso de cosificación que le robaría su valor intrínseco. Las cosas sí pueden ser elegidas por azar, la persona jamás.

Si una vez realizada la totalidad de la estructura del acto voluntario, y elegido el tipo de tratamiento para

⁹ Decimos aquí sustancia en oposición a accidente, en tanto que el segundo requiere de la primera para existir, en tanto que esta última existe en sí misma y, por eso, decimos que la persona es sustancia. Sin embargo, su esencia no es únicamente ser sustancia, sino ser sustancia de naturaleza racional, es decir, capaz de inteligir y discernir los medios para su acción, por ello, una vez más, el discernimiento y la ponderación son propios de la persona humana.

¹⁰ Con respecto al fin último del ser humano, Santo Tomás nos exhorta a pensar en que este es uno, pero no el mismo para todos los seres humanos (13). Resulta importante decir que, para el Aquinate, el fin último del hombre es lo que propuso San Agustín: las bienaventuranzas que, de alguna manera, remiten al bien que busca todo ser humano (14). Aristóteles ya había vislumbrado también que el fin de la vida humana es la búsqueda de la felicidad o del buen vivir al afirmar que toda actividad humana tiene un fin (15).

un paciente, se determina que existe otro que también requiere de ese tipo de atención, y de no haber los medios para satisfacer las necesidades de ambos, se debería de proceder considerando otros valores en la ecuación que bien pudieran surgir del principio bioético de subsidiariedad que pretende atender las necesidades de aquellos menos favorecidos, de tal suerte que, una vez más, recurriendo a un método deliberativo que pondere elementos objetivos como las escalas médicas, en conjunto con una visión integral que considere criterios como la estructura familiar, las actividades realizadas y por realizar, las relaciones sociales y culturales, las preferencias subjetivas y la escala de valores pueda, mediante un juicio integral, determinar una distribución de recursos ahí donde mayor sea la necesidad, a fin de favorecer una actitud solidaria que permita obtener un mayor beneficio del recurso existente.

Algunas guías (10) han propuesto que, ante el escenario de empate de pacientes por el mismo recurso –de suyo insuficiente–, la distribución favorezca condiciones de igualdad ahí donde se ha ejercido inequidad histórica, o bien, favorezca a aquellos grupos que, por su vulnerabilidad, han quedado más expuestos a sufrir enfermedades.

Por su parte, esta es una forma de ponderación que ya no responde al carácter impersonal del azar, sino a una consideración integral de cada paciente que va más allá de su condición presente para subrayar su vida completa y valorarla en su integridad. Recordemos aquí que la unidad sustancial que es la persona tiene una dimensión histórica que constituye su biografía y que puede dar datos sobre las necesidades de su entorno y de su familia, factor que puede ser determinante para aplicar el principio de subsidiariedad.

La aplicación de esta visión integral es válida solo cuando el escenario exija una justa distribución de un recurso insuficiente y bajo la premisa de que ambos pacientes presentan, objetivamente, las mismas mediciones en las escalas médicas y tienen, por ende, las mismas posibilidades de sobrevivencia. Lo anterior en el entendido de que, fuera de este escenario, esta valoración introduce criterios subjetivos en las valoraciones y, por ende, puede ser injusta ante las decisiones de asignación de recursos.

CONCLUSIONES

A lo largo de estas páginas se ha valorado el criterio del azar como mecanismo para la selección de pacientes que, médica y éticamente, tienen las mismas posibilidades de sobrevivencia. Si bien este criterio se ha propuesto por parte de varias instituciones y centros de bioética, se considera inapropiado desde la perspectiva de la bioética personalista.

Lo anterior parte de la premisa fundamental de que la selección de pacientes no puede comenzar, en principio, por decidir cuál de los dos se salvará y cuál no, sino que tiene que ser una decisión sobre el tipo de tratamiento médico que, cada paciente, por separado, necesita y lo puede beneficiar más. Lo primero va en contra de la naturaleza de la inteligencia humana y de la voluntad ya que estas se encuentran impedidas para elegir algo que va en contra del bien al que naturalmente tienden.

Dicho esto se propone, entonces, la ponderación como mecanismo en lugar del azar ya que, tomando como referencia la unidad sustancial de la persona y su intrínseca dignidad, su destino no puede quedar sujeto a nada menos que la aplicación del juicio inteligible propio de la razón

humana que vela por el bien de la persona enferma y desea su curación o su calidad de vida según sea el caso.

Así, se analizó la estructura del acto voluntario propuesta por Santo Tomás y desglosada en doce pasos según Verneaux para hacer notar que los medios elegidos son siempre en relación con el fin que se ponderó previamente como posible, de tal manera que, cuando se inicia el proceso de deliberación sobre el tipo de atención médica que recibirá un paciente se considera esta como posible y, asimismo, también como posibles los medios para llegar a ella. Así, la insuficiencia de recursos no entra en la elección de medios para brindar el fin último de la acción médica que es restaurar la salud del enfermo. La consideración de la insuficiencia de recursos viene cuando se pone en ejercicio la voluntad para conseguir los medios antes deliberados y, ante la imposibilidad presentada, se eligen otros que serían la derivación del paciente a cuidados paliativos.

Todo lo anterior se hace bajo la consideración de cada caso en particular y nunca en comparación con otros ya que, si la persona es un fin en sí mismo, este no puede quedar supeditado al fin de otros o de algo más.

Por último hay que decir que, si bien el azar no es un criterio apropiado, la ponderación no solo de las condiciones médicas individuales de cada paciente, sino también de otras circunstancias en cada uno, tales como su estructura familiar, situación de necesidad económica, pertenencia a grupos en situación de vulnerabilidad, creencias religiosas, valores personales, etc., sí pueden ser incluidos en la decisión final puesto que representan una visión integral de todas las esferas y dimensiones que conforman a la persona humana.

REFERENCIAS

1. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(2):132-8. DOI: <https://doi.org/10.7326/003-4819-150-2-200901200-0011>
2. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi R, Jenks NP, et al. Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (covid-19). Guidelines for institutional ethics services responding to covid-19. Safeguarding Communities, Guiding Practice. New York: The Hastings Center; 2020. Disponible en: <http://scha-files.s3.amazonaws.com/Documents/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
3. Di Camillo J. Triage Protocol Guidelines. Philadelphia: National Catholic Bioethics Center; 2020.
4. Sgreccia E. Personalist Bioethics. Foundations and applications. Philadelphia: National Catholic Bioethics Center; 2012.
5. National Association of Emergency Medical Technicians. Prehospital Trauma Life Support. 9th ed. Estados Unidos: Jones & Bartlett Learning; 2018.
6. De Aquino ST. Suma Teológica. Madrid: BAC; 2001.
7. Ezekiel E, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of covid-19. *NEJM*; 2020;382: 2049-2055. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsb2005114>
8. MD+CALC. COVID-19 Resource Center. Core COVID-19 Calculators. Disponible en: <https://www.mdcalc.com/covid-19>.
9. New York State Task Force on Life and the Law New York State Department of Health. Ventilator Allocation guidelines. Disponible en: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf
10. Consejo de Salubridad General. Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. México: CSG; 2020. Disponible en: <http://>

- www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf
11. Revello R. Criterios para la asignación de asistencia mecánica respiratoria en pacientes con Covid-19, una mirada bioética. Centro de Familia y Bioética; 2020. Disponible en: <https://centrodebioetica.org/criterios-para-la-asignacion-de-asistencia-mecanica-respiratoria-en-pacientes-con-covid-19-unmirada-bioetica/>
 12. Verneaux R. Filosofía del hombre. 11 ed. Barcelona: Herder; 2002.
 13. Santo Tomás. Suma Teológica. Madrid: BAC; 2001.
 14. San Agustín. Tratado de la Santísima Trinidad. 2 ed. Madrid: BAC; 1956.
 15. Aristóteles. Ética Nicomáquea. Madrid: Gredos; 1985.