

## BIOÉTICA Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS CRÍTICOS EN PANDEMIA: UNA REFLEXIÓN SOBRE EL PRINCIPIO DEL CICLO DE VIDA EN ADULTOS Y LA VULNERABILIDAD SOCIAL

BIOETHICS AND CRITICAL RESOURCE ALLOCATION IN PANDEMIC: A REFLECTION ON THE LIFE-CYCLE PRINCIPLE IN ADULTS AND THE SOCIAL VULNERABILITY

JULIAN AREVALO

*Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Argentina.*

*Predicar la moral es fácil, fundamentarla es difícil.  
Efectivizar la moral es aún más difícil.  
(Dietrich von Engelhardt)*

### RESUMEN

**Introducción:** en el presente artículo se reflexiona sobre el uso del principio del ciclo de vida en adultos y la selección por lotería en la asignación de recursos críticos en el contexto de pandemia, tomando como referencia lo publicado y sugerido en las “*Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos*” (Maglio et al, 2020). **Desarrollo:** son numerosas las guías que han decidido aplicar el principio del ciclo de vida (edad) al momento de asignar recursos críticos. Algunas sugieren utilizarlo como criterio independiente, mientras que otras proponen aplicarlo como criterio dependiente del pronóstico de supervivencia a corto plazo (score SOFA)

y del pronóstico de supervivencia a largo plazo (evaluación médica de comorbilidades). La selección aleatoria es un criterio de asignación de recursos sanitarios que, según varias guías, solo se aplicaría ante dos o más pacientes con similares condiciones médicas y del mismo rango etario. Los comités de bioética hospitalarios juegan un rol clave en el monitorio ético de las guías establecidas en cada hospital. No obstante, durante lo que va de la pandemia, ha emergido una confusión (al menos teórica) *entre monitoreo, reflexión y responsabilidad en la toma de decisiones*. **Comentarios finales:** una decisión médica en un caso clínico particular debería estar sustentada por decisiones éticas globales (políticas, sanitarias y ciudadanas). La bioética ya tiene 50 años de existencia. Sin embargo, recién ahora el mundo se acuerda de ella.

**Palabras clave:** bioética, COVID-19, asignación de recursos, pandemia, principio del ciclo de vida, vulnerabilidad.

### Correspondencia:

Dr. Julian Arévalo.  
Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur.  
Florida 1450, 8000 - Bahía Blanca. Argentina  
E-mail: arevalo\_julian@hotmail.com

**Recibido:** 30 de Mayo de 2021

**Aceptado:** 2 de Agosto de 2021

### ABSTRACT

**Introduction:** this article reflects on the use of the life-cycle principle in adult and selection by lottery in the allocation of critical resources in the pandemic context, taking as a reference what has been published and suggested in the “*Ethical guides, criteria for admission in intensive care, palliative care. Multi-society recommendations for allocation of resources during the COVID-19 pandemic*” (Maglio

et al, 2020). **Development:** there are many guidelines that have decided to apply the life-cycle principle (age) in allocating critical resources. Some of them suggest using it as an independent criterion, while others propose applying it as a dependent criterion on the prognosis of short-term survival (SOFA score) and the prognosis of long-term survival (medical evaluation of comorbidities). Random selection is a criterion for the allocation of healthcare resources that, according to various guidelines, would only be applied to two or more patients with similar medical conditions and of the same age range. Hospital bioethics committees play a key role in the ethical monitoring or the guidelines established in each hospital. However, during the pandemic, confusion (at least theoretical) has emerged between monitoring, reflection and responsibility in decision-making. **Final comments:** a medical decision in a particular clinical case should be supported by global ethical decisions (political, health and citizen). Bioethics is already 50 years old. Nevertheless, just only now the world remembers it.

**Keywords:** bioethics, COVID-19, resource allocation, pandemic, life-cycle principle, vulnerability.

## INTRODUCCIÓN

A mediados de junio del año 2020 fueron publicadas las “*Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos*” (desde ahora “guías multisocietarias”) que tratan sobre la ética en la priorización de recursos críticos (1). En la elaboración participaron varias sociedades, como la Sociedad Argentina de Medicina, la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y la Red Bioética para Latinoamérica y El Caribe de UNESCO, entre otras, de lo que surge el carácter interdisciplinario de los expertos participantes, conformado por especialistas vinculados al proceso de morir, entre ellos bioeticistas, clínicos, intensivistas, geriatras, paliativistas y emergentólogos.

En el presente artículo se propone, por un lado, dar a conocer algunos contenidos de estas guías multisocietarias a la comunidad del campo de la salud, a la Región Sanitaria 1 y a la ciudadanía de Bahía Blanca en general y, por otro lado, plantear una reflexión bioética sobre dos cuestiones presentes en dichas guías: el principio del ciclo vital en adultos y la selección por lotería, sobre todo considerando la siguiente recomendación en las mencionadas guías: “(...) dado el carácter dinámico de la pandemia, debe asegurarse un proceso de revisión y readaptación permanente de las

recomendaciones” (Maglio et al, 2020, p. 1).

## DESARROLLO

*No he indagado su historia; sé que los magos no logran ponerse de acuerdo; sé de sus poderosos propósitos lo que puede saber de la luna un hombre no versado en astrología. Soy de un país vertiginoso donde la lotería es parte principal de la realidad: hasta el día de hoy, he pensado tan poco en ella como en la conducta de los dioses indescifrables o de mi corazón.*  
(Jorge Luis Borges)

La bioética emergió, hace 50 años, desde la metáfora del puente entre las ciencias biomédicas y la ética; ese necesario puente hacia el futuro para la supervivencia del ser humano ante la revolución biológica, la medicalización de la vida y la conducta ecocida de la propia especie humana (2-4). La bioética, en sí, es una disciplina de análisis crítico y reflexión sistemática sobre las prácticas en torno a la salud (5). Es decir, representa un espacio de reflexión para todo tipo de práctica vinculada con el cuerpo humanizado y, por lo tanto, puede practicarse en cualquier rincón del mundo, siendo uno de estos los Comités de Bioética Clínica (CBC), también denominados comités hospitalarios de ética asistencial.

Sobre los Comités de Bioética en general, Maglio (2017) expresa lo siguiente:

*“El Comité de Bioética (...) se constituye con el propósito de deliberar y argumentar racionalmente sobre dilemas de orden moral que se presentan en el campo de las ciencias de la vida y la salud [prácticas sobre el cuerpo humanizado], con el horizonte puesto en la protección de la dignidad y derechos de las personas (...)” (Maglio, 2017, p. 2)*

Y, posteriormente, el autor agrega:

*“(...) el Comité de Bioética se instala como una alternativa eficaz para fomentar vínculos terapéuticos saludables a partir de la defensa del paciente como sujeto moral autónomo y portador de derechos, y al mismo tiempo apuntalar y acompañar las decisiones de los agentes de Salud, al brindarles un ámbito de reflexión plural, interdisciplinario y democrático.” (Maglio, 2017, p. 2)*

Con respecto a la función del CBC ante la saturación de las Unidades de Cuidados Críticos (desde ahora “UTI”) durante la pandemia por COVID-19, las guías multisocietarias (2020) recomiendan que: “(...) En casos de divergencia entre el equipo de triaje y los médicos tratantes es recomendable la intervención expedita del Comité de Bioética” (Maglio et

al, 2020, p. 52). Y posteriormente afirman:

*“Los comités de bioética deben asumir un papel protagonista y esencial en el trabajo en la pandemia por COVID-19. En particular, deberán ajustar sus procedimientos a las necesidades de los trabajadores de la salud que se desempeñan en servicios de atención y cuidados intensivos. Para ello deberían establecerse algunas pautas particulares en sus Procedimientos Operativos Estandarizados:*

1. *Reforzar grupos de desprendimiento de los comité formados por tres miembros para que actúen como “Unidades de Apoyo Ético”, ofreciendo servicios ad hoc y de urgencia en todos aquellos casos en que sean requeridos.*
2. *La participación de los comité de bioética es esencial en la aplicación, ejecución y monitoreo de estas guías.*
3. *El comité de bioética debe intervenir de modo urgente y apropiado en aquellos casos en que exista divergencia de opinión entre el equipo de asignación (triaje) y el equipo tratante. (...)”* (Maglio et al, 2020, p. 61)

Dada la constante e infinita posibilidad de una inminente saturación de las UTI de los hospitales de Bahía Blanca producto del colapso sanitario en el contexto de la pandemia por Coronavirus, sería conveniente hacer un llamado a la reflexión bioética y al consenso ciudadano sobre dos aspectos presentes en estas guías multisocietarias. Estos son:

1. *Principio del ciclo de vida en adultos (la edad de paciente).*
2. *La selección aleatoria (lotería) ante dos o más pacientes con iguales condiciones médicas.*

## **1) EDAD DEL PACIENTE. PRINCIPIO DEL CICLO VITAL:**

*Espectador: —¿Señor, francamente, para qué sirve esto de volar en el aire?*

*Benjamín Franklin: —¿Señor, para qué sirve un bebé recién nacido?*

*(París, 1783. Tomado de Schuller, 2013)*

Si bien algunos profesionales de la salud prefieren llamarlo “cumplimiento del ciclo vital”, el principio del ciclo de vida no es otra cosa que la edad cronológica (en años) del paciente. Ahora bien, si el tiempo es una invención humana, e incluso, según Borges, “es la sustancia de que estamos hechos”, ¿cuántos años deberían vivir las personas? ¿O será que, en realidad, las personas no viven una determinada cantidad de años sino que simplemente viven? Por otro lado, ¿la vida de un adulto joven vale más que la de una persona de 85 años?

En relación a los criterios de ingreso o exclusión a UTI, cabe citar textualmente lo establecido en las guías multisocietarias (2020): “Los criterios de admisión [a UTI] deben ser claros, transparentes, preestablecidos y de acceso público” (Maglio et al, 2020, p. 49). No obstante, en virtud del grado de claridad y transparencia, la utilización del principio del ciclo de vida en el resto de las guías que circulan no parece ser tan así. Algunas guías incluyen este principio dentro de lo que técnicamente se denomina “años de vida ajustados a la calidad” (AVAC) o QALY (por su término en inglés Quality-Adjusted Life Year). Sin embargo, estos protocolos terminan siendo confusos (al menos para la comunidad no médica), ya que para la priorización de recursos críticos finalmente recomiendan incluir el principio del ciclo vital en el proceso de selección junto con los otros dos criterios médicos (pronóstico para la supervivencia a corto plazo y para la supervivencia a largo plazo) establecidos (7,8).

La recomendación de incluir la edad del paciente como criterio de asignación del recurso está en sintonía con lo propuesto por White et al (2009) cuando, en plena crisis pandémica por el virus de la Influenza en el 2009, los autores plantearon la estrategia de asignación de recursos basada en tres principios: “salva la mayor cantidad de vidas”, “salva la mayor cantidad de años de vida” y “principio del ciclo de vida” (9).

La tabla 1 especifica cada principio. Con una diferencia sutil —pero un poco más ética— las guías multisocietarias recomiendan no utilizar el principio de la edad del paciente como un criterio autónomo, sino como un factor dependiente de las otras dos condiciones médicas (“salva la mayoría de las vidas o pronóstico a corto plazo” y “salva la mayor cantidad de años de vida o pronóstico a largo plazo”). Es decir, para las guías multisocietarias (a diferencia de las otras guías), ante dos o más pacientes con iguales condiciones clínicas y técnicas recién ahí tendría que entrar en juego la edad del paciente como criterio ético de asignación del recurso (ingreso a UTI).

En la tabla 2 se muestra la recomendación de las guías multisocietarias (2020) para la utilización del principio del ciclo de vida.

¿Qué hay detrás de esta diferencia sutil (entre las guías multisocietarias y el resto de las guías) en la aplicación del principio del ciclo vital? ¿Será que, “en el fondo”, el principio del ciclo de vida no debería ser incluido ni siquiera como un criterio dependiente de otros factores? Al respecto, en el Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del Coronavirus (10) se advierte lo siguiente:

*“Si bien en un contexto de recursos escasos se puede*

PRINCIPIO	ESPECIFICACIÓN
Salva la mayor cantidad de vidas	Pronóstico de supervivencia a corto plazo (score SOFA*)
Salva la mayor cantidad de años de vida	Pronóstico de supervivencia a largo plazo (evaluación médica de comorbilidades)
Principio del ciclo de vida	Dar prioridad a aquellos que han tenido la menor oportunidad de vivir las etapas de la vida (edad en años)

Tabla 1. Principios planteados por White et al (2009) en la asignación de recursos.

\* Sequential organ failure assessment

PRINCIPIO	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
Salva la mayoría de las vidas	SOFA < 9	SOFA 9-11	SOFA 12-14	SOFA > 14
Salva la mayor cantidad de años de vida	Sin comorbilidad que limite la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad menor con pequeño impacto en la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad mayor con substancial impacto en la supervivencia a largo plazo	Comorbilidad severa; muerte probable dentro de 1 año
Principio del ciclo de vida*	Edad 0-49	Edad 50-69	Edad 70-84	Edad > 84

Tabla 2. Criterios para la asignación del recurso (Maglio et al, 2020)

\* Este criterio se utilizará solamente en caso de igualdad de puntaje en la suma de las dos primeras filas (igual puntaje entre pronóstico de supervivencia a corto plazo y pronóstico de supervivencia a largo plazo).

*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 (...). 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.” (Comité de Bioética de España, 2020, p. 7)*

En concordancia con el principio rector de la bioética (la dignidad), acaso no resulte tan descabellado sostener que, aún en un contexto de recursos escasos y siempre que la situación hospitalaria lo permita, todo paciente que acude a un hospital público en estado crítico y que pueda beneficiarse de un ingreso a UTI, por el solo hecho de ser persona (sin importar la edad), deba ser ingresado. Sobre la dignidad, Immanuel Kant (s/f) sostiene: “En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que

se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad (...). [A]quello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es, dignidad” (11). Por lo tanto, el concepto de dignidad exige tratar a toda persona como un fin en sí mismo y nunca como un mero medio.

Por otro lado, la medicina no es una ciencia exacta y, aun existiendo parámetros técnicos, nadie puede saber lo que va ocurrir y menos cuándo. Incluso cabe suponer que si un paciente acude al hospital (o un familiar lo lleva) lo hace porque éste quiere seguir viviendo. Entonces, ¿por qué “negarle” un recurso a una persona mayor de 84 años que acude al hospital porque quiere seguir viviendo? ¿Por qué negarle —justo cuando lo necesita— asistencia respiratoria mecánica (ARM) u oxígeno a un paciente de 85 años que ha acatado y respetado, con responsabilidad y solidaridad, los anuncios y los mensajes provenientes de la autoridad sanitaria, cuidándose y cuidando al resto de la población, quedándose en su casa sin poder ver a sus nietos y que siente temor por

contagiarse porque entendió que la enfermedad grave por coronavirus se produce sobre todo en personas mayores de edad, como él?

Si bien, desde la bioética, las guías multisocietarias van un poco más allá en este punto que trata sobre el principio del ciclo vital, con respecto a otras guías o protocolos, aventuro que lo establecido en las recomendaciones intersocietarias (2020) sobre dicho principio, donde se expresa que “(...) La edad 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” (Maglio et al, 2020, p 51), resultará en un abuso de la utilización de este criterio, lo que sin duda terminará perjudicando al paciente de mayor de edad.

## 2) SELECCIÓN ALEATORIA (LOTERÍA) ANTE DOS O MÁS PACIENTES CON IGUALES CONDICIONES MÉDICAS:

*“(...) nuestras costumbres están saturadas de azar. El comprador de una docena de ánforas de vino damasceno no se maravillará si una de ellas encierra un talismán o una víbora; el escribano que redacta un contrato no deja casi nunca de introducir algún dato erróneo; yo mismo [Borges], en esta apresurada declaración, he falseado algún esplendor, alguna atrocidad. Quizá, también, alguna misteriosa monotonía...”*  
Jorge Luis Borges)

Ante el colapso de las UTI por COVID-19, una de las situaciones que ha ocurrido con frecuencia (en casi todo el mundo) es tener que decidir éticamente a qué paciente se le asigna el respirador o el oxígeno, cuando estos pacientes presentan similar condición clínica y, por lo tanto, similar pronóstico. Al respecto, las guías multisocietarias (2020) sugieren lo siguiente:

*“La asignación deberá ser aleatoria cuando los pacientes candidatos tengan la misma evaluación clínica y pronóstico. En aquellos casos en que los pacientes tengan el mismo pronóstico y probabilidad de recuperación, en base al puntaje para la asignación del uso de ARM, la alternativa moralmente neutra es la asignación aleatoria, es decir por un proceso de elección por azar o lotería.”* (Maglio et al, 2020, p. 51)

Sin vacilar en volver a reunir la medicina con la literatura, resulta oportuno reflexionar desde lo que Borges escribió allá por la década del 40 del siglo XX (12):

*“Si la lotería es una intensificación del azar, una periódica infusión del caos en el cosmos ¿no convendría que el azar también interviniera en todas las etapas del sorteo y no*

*en una sola? ¿No es irrisorio que el azar dicte la muerte de alguien y que la circunstancias de esa muerte (...) no estén sujetas al azar?”* (Borges, 1996, p. 459).

Ahora bien, la moralidad, al menos en salud pública, ¿debe ser neutral, o más bien objetiva (pero no imparcial) y supeditada al principio bioético de justicia distributiva? ¿Cuáles serían las circunstancias de la muerte por COVID-19, la presencia de enfermedades (mal llamadas “comorbilidades”) o la desocupación, el hambre, la indignancia, la condición de situación en calle, la eterna ausencia estatal y la injusticia distributiva?

En el ámbito de la sanidad pública, llevar a cabo una selección por lotería ante dos pacientes clínicamente iguales pero socialmente distintos, donde por ejemplo una persona ha sido vulnerada por el sistema y la otra no, ¿es una acción moralmente legítima? La pandemia por COVID-19 nos ha mostrado su costado sindémico (13). Entonces, ¿cómo distribuir equitativamente los recursos cuando algunas personas, durante la sindemia del COVID-19, ni siquiera tienen la posibilidad de cuidarse, ya sea porque se han quedado sin trabajo, sin un hogar o, incluso, sin familia?

En el campo de la bioética es importante reconocer la distinción entre legalidad y legitimidad: “aquello conforme a la ley es legal. Aquello conforme a la ética es legítimo” (14). Si bien la ética médica se ocupa más de lo legítimo que de lo legal, en palabras de Maglio (2017), “(...) la cuestión legal precede a la ética” (6). De esta manera, en concordancia con la Ley Provincial N° 13956 y su Programa de Asistencia Integral para Personas en Situación de Calle de la Provincia de Buenos Aires, en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires sería legítimo (ético) que se priorice a las “personas en situación de calle”; entiéndase por éstas a “aquellas que carecen de residencia, pernoctando diariamente a la intemperie y/o que se encuentren en una situación socio-familiar vulnerable, sin ingresos, ni trabajo y en situación de exclusión social” (Ley Provincial N° 13956, Artículo 2) (15, 16).

Por tal motivo, probablemente resulte sensato plantear una adaptación sobre este punto de las guías multisocietarias en el ámbito de la salud pública bonaerense, proponiendo una modificación tal que *ante dos o más pacientes candidatos que tengan la misma evaluación clínica y pronóstico, sin importar la edad, se priorice a la “persona en situación de calle”,* y que en caso de dos o más pacientes candidatos a UTI que tengan la misma condición clínica y social, recién ahí se aplique una asignación aleatoria, es decir, un proceso de selección por azar o lotería.

Otra cuestión, no menor, que las guías multisocietarias no explican, a pesar de su claridad y transparencia, es cómo se implementa y se realiza esta selección por lotería y bajo

qué principios se rige la misma. ¿Será necesario que un escribano integre el equipo de triaje o la unidad de apoyo ético? Parafraseando a Dietrich von Engelhardt, recordemos que *“Predicar la moral es fácil, fundamentarla es difícil. Efectivar la moral es aún más difícil”* (14). ¿Se arrojará un dado de seis caras, donde a cada paciente se le asignará un número y el primer número que “sale” (la cara con el número hacia arriba) corresponderá al paciente que será seleccionado para ingresar a UTI?

Reflexionando sobre las “bases y condiciones” de esta lotería, la selección aleatoria se debería regir por *el principio de solidaridad y por el principio de autonomía*. Es decir que, bajo voluntad propia del paciente (o de sus familiares o allegados), el paciente (o sus familiares o allegados) puede decidir no participar de dicha selección (autoexcluirse del sorteo) para, de esta manera, cederle la posibilidad de contar con el recurso escaso a otro paciente que también lo necesita.

Sobre la solidaridad, resulta pertinente citar textualmente a las guías multisocietarias, las cuales, con cierto “olvido-descuido” sobre la relación principio del ciclo vital-selección por lotería, expresan:

*“La solidaridad debe ser el principio rector de la salud colectiva, en general y con mayor énfasis, en el abordaje a la pandemia. La solidaridad se presenta como un dique de contención frente a la desigualdad y la discriminación social. En la atención de la pandemia por COVID-19 cobra especial significado ya que sus víctimas aumentan en la misma medida que se acrecientan las fragilidades, las inequidades sociales, las vulnerabilidades y el estigma.*

*El verdadero valor de la solidaridad se expresa cuando quien recibe el gesto solidario carece de todo poder, como aquellos que sufren las consecuencias de la pandemia, personas mayores, o con discapacidad, enfermos con comorbilidades, etc. Allí se refleja el auténtico sentido humanitario de la fraternidad.*

*La solidaridad emerge del profundo deseo de ayudar al más débil, en donde la fragilidad es el terreno fértil de la solidaridad.”* (Maglio et al, 2020, p. 48)

Ahora bien, en el campo de la salud pública, la solidaridad (como acción activa), ¿solo se ejerce desde el equipo de triaje y desde los profesionales de la salud de UTI o también entre los mismos pacientes y entre los mismos ciudadanos?

## COMENTARIOS FINALES

La bioética ya tiene 50 años de existencia (2, 3). Sin embargo, como expresa Miguel Kottow (2020), hasta el día de hoy su discurso no ha tenido influencia alguna (17). Por ejemplo, recién en mayo del 2020, y —lamentablemente— gracias al COVID-19, el Ministerio de Salud de la Provincia

de Buenos Aires emitió una resolución ministerial que instruye a los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires a disponer las medidas necesarias para la creación de un CBC por hospital (18). En este sentido, Federico Nicoli y Alessandra Gasparetto (2020) acertadamente expresan que *“(…) Elegir qué pacientes pueden beneficiarse de la atención adecuada, cuando los recursos que se distribuyen en condiciones normales son limitados, no puede reducirse estrictamente a una pregunta de la ética clínica”* (19). E inmediatamente los autores agregan: *“Nuestro punto es que no hay ninguna elección ética clínica sin una salud pública con enfoque ético”* (Nicoli, 2020, p. 93), como tampoco puede haber una decisión ético-asistencial sin un apoyo responsable y solidario por parte de la ciudadanía. Sobre este punto, el Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del Coronavirus (10) clarifica:

*“Para superar esta crisis no basta la actuación efectiva de las autoridades y poderes públicos. Es igualmente imprescindible que todas las ciudadanas y ciudadanos hagamos un ejercicio ejemplar de responsabilidad, cumpliendo con las medidas de aislamiento e higiene que hemos recibido, y que han demostrado su efectividad allí donde se han adoptado.”* (Comité de Bioética de España, 2020, p. 3)

En relación con este dilatado olvido voluntario de la política sanitaria hacia la bioética y de las acciones moralmente “incorrectas” (ilegítimas) por parte de la ciudadanía en tiempos de pandemia, resulta pertinente citar textualmente a Kottow (2020):

*“La pandemia por COVID-19 ha puesto en escena las enormes inequidades y discriminaciones que maculan las sociedades tardomodernas, aceleradas por la globalización neoliberal dominante. La disciplina bioética, que insistentemente ha insistido sobre este deplorable estado de deterioro social y medioambiental, ve con frustración que su discurso no ha tenido influencia alguna. Igualmente fracasadas han sido las deliberaciones sobre distribución de recursos médicos y sanitarios insuficientes, y sus propuestas de triaje para ordenar prioridades de atención en situaciones de emergencia.”* (Kottow, 2020, p. 4)

Dado que la bioética es una disciplina esencialmente reflexiva, los CBC (Comité Hospitalario de Ética Asistencial), entonces, representan un espacio de análisis crítico de las prácticas sobre el cuerpo humanizado que habitan en ese hospital. Por tal motivo, la bioética clínico-asistencial hospitalaria no logra funcionar o adaptarse ante directivas verticales protocolizadas o guías algorítmicas, ya que el acto de reflexionar críticamente, por ejemplo, sobre el “mantenimiento del ciclo vital” de una persona o sobre la asignación

de recursos (ingreso a UTI o acceso al tubo de oxígeno) ante dos o más pacientes desconocidos con iguales condiciones médicas, no se construye de un día para el otro.

Por esto, se entiende que las unidades de apoyo ético a las que hacen mención las guías multisocietarias deberían actuar, valga la redundancia, como un espacio transdisciplinario de apoyo bioético para fomentar la reflexión sistemática y el análisis crítico de las propias prácticas de los trabajadores de la salud y nunca como un grupo de respuesta rápida o, menos todavía, urgente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Maglio I, Valdez P, Cámara L et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia covid-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. *MEDICINA* (Buenos Aires) 2020; 80 (Supl. III): 45-64.
2. Potter VR. Bioethics, science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine* 1970; 14: 127-153.
3. Potter VR. *Bioethic: Bridge to the Future*. Prentice – Hall, IC. Englewood Cliffs, New Jersey 1971.
4. Mainetti JA. *Bioética fundamental: La crisis Bioética*. Editorial Quirón. La Plata, 1990.
5. Buedo P. Salud mental y sufrimiento mental: Fundamentos para una comprensión social. Aportes desde la neurobioética. Premio Anual de Bioética, Fundación Dr. Jaime Roca. Buenos Aires, 2018. Disponible en: <https://issuu.com/premiobioetica/docs/segunda-mencion-bioetica-2018>
6. Maglio I. Comités de bioética. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)*, 2017. Última consulta: abril de 2021. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/comites-de-bioetica>
7. Recomendaciones para la toma de decisiones en la asignación de recursos de cuidados críticos de Hospital Municipal “Dr. Leonidas Lucero” de Bahía Blanca, durante la pandemia COVID-19. Última consulta: abril de 2021. Disponible en: <http://www.hmabb.gov.ar/data/archivos/CORONAVIRUS/triage%20covid%2018-5%20jonas.pdf> y en [http://www.hmabb.gov.ar/coronavirus\\_ppal.php](http://www.hmabb.gov.ar/coronavirus_ppal.php) accediendo luego al documento “Recomendaciones para la toma de decisiones”.
8. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Última consulta: abril de 2021. Disponible en: [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)
9. White DB, Katz MH, Luce KM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med* 2009; 150, 132–138.
10. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Comité de Bioética de España 2020. Última consulta: abril de 2021. Disponible en: <http://assets.cointedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
11. Kant, I (s/f) *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. 6° ed. Madrid, SPASA-CALPE. Última consulta: abril de 2021. Disponible en: [http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01362842104\\_592728687891/index.htm](http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01362842104_592728687891/index.htm)
12. Borges JL. *La lotería en Babilonia*. En: *Ficciones*, EMECÉ. Buenos Aires, 1986.
13. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet* 2020; 396 (issue 10255): 874.
14. von Engelhardt D. *Ética médica: estructura, desarrollo y difusión*. En: Dietrich von Engelhardt. *Bioética y humanidades médicas*. 1a edición. Biblos: Academia Argentina de Ética en Medicina. Buenos Aires, 2004.
15. Ley Provincial (Buenos Aires) N° 13956, sobre el “Programa de Asistencia Integral para Personas en Situación de Calle”. Última consulta: abril de 2021.
16. Calvo G, Catarino C, Olarte Heredia M. *Hombres en situación de calle: Construcción de la masculinidad y su relación con los vínculos sociofamiliares*. Tesis de Grado. UBA. Trabajo Social (2014). Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/calvo\\_gedis.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/calvo_gedis.pdf)
17. Kottow M. *Un manifiesto bioético*. Premio Anual de Bioética, Fundación Dr. Jaime Roca. Buenos Aires, 2020.
18. Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. RESO-2020-693-GDEBA-MSALGP.
19. Nicoli F, Gasparetto A. Italy in a Time of Emergency and Scarce Resources: The Need for Embedding Ethical Reflection in Social and Clinical Settings. *The Journal of Clinical Ethics* 2020; 31(1): 92-4.