

ASIGNAR Y REASIGNAR: DOS CRITERIOS DIFERENTES PARA DISTRIBUIR RECURSOS TERAPÉUTICOS ESCASOS

Allocating and Reallocating: Two Different Criteria to Distribute Scarce Therapeutic Resources

FEDERICO GERMÁN ABAL ^a

<https://orcid.org/0000-0002-4829-9510>

federicogermanabal@sadaf.org.ar

^a Instituto de Investigaciones Filosóficas, Sociedad Argentina de Análisis Filosófico, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

Resumen

En el contexto de la pandemia de COVID-19, varios autores han analizado cuál es el criterio moral adecuado para distribuir recursos terapéuticos escasos. Al hacerlo suponen que no existe una diferencia normativa relevante entre la distribución de recursos terapéuticos no asignados y la distribución de recursos terapéuticos que ya han sido asignados. En consecuencia, afirman que el criterio moral que debe aplicarse en ambas decisiones es el mismo. En el presente trabajo, argumento que sí existe una diferencia normativa relevante y que el criterio moral a ser aplicado en ambas decisiones debe ser diferente.

Palabras clave: COVID-19; Pandemia; Triage; Escasez; Asignación; Reasignación; Recursos.

Abstract

In the context of the COVID-19 pandemic, several authors have analyzed what is the appropriate moral criterion to distribute scarce therapeutic resources. In doing so they assume that there is no relevant normative difference between the distribution of unallocated therapeutic resources and the distribution of therapeutic resources that have already been allocated. Consequently, they affirm that the moral criterion to be applied in both decisions is the same. In the present work, I argue that there is a relevant normative difference between these decisions and that the moral criterion to be applied in both decisions must be different.

Key words: COVID-19; Pandemic; Triage; Shortage; Allocation; Reallocation; Resources.

I. Introducción

La pandemia que asola al mundo ha llevado a varios autores a preguntarse por cuál es el criterio moral para distribuir recursos sanitarios escasos. Se tiene conocimiento de que la capacidad de contagio del COVID-19 puede llevar al colapso de los sistemas de salud, planteando la necesidad de discutir públicamente cómo deben distribuirse respiradores, vacunas, camas y recursos humanos.

En este artículo, busco trazar una distinción entre el criterio moral que debe regular la distribución de recursos terapéuticos no asignados (entre individuos que no están siendo tratados con esos recursos) y el criterio que debe regular la distribución de recursos terapéuticos que ya han sido asignados (entre individuos que están siendo tratados con esos recursos e individuos que los demandan).

El primer objetivo será señalar que existe una diferencia normativa relevante entre estas dos instancias de toma de decisiones. El segundo objetivo será mostrar que dicha diferencia amerita el establecimiento de criterios morales diferentes.

II. Dos decisiones normativamente diferentes

La necesidad de establecer un criterio moral para distribuir recursos médicos escasos es una constante histórica en la ética médica. Al margen de situaciones de epidemias y pandemias, los escenarios de conflicto bélico o de pobreza estructural también enfrentan a los profesionales de salud con la decisión de priorizar a ciertos pacientes en la asignación de los recursos disponibles.¹

Ciertamente, el fenómeno de una demanda que excede la disponibilidad de recursos puede producirse en contextos menos extremos que los mencionados. Por ejemplo, ese fue el caso de los comités encargados de seleccionar qué pacientes recibirían tratamiento de hemodiálisis, dado que inicialmente las máquinas disponibles no alcanzaban para todos los solicitantes (Macklin, 1992, p. 193). Asimismo, dicho fenómeno emerge de manera permanente en algunas áreas específicas de la medicina, como la asignación de órganos para trasplante.

Por su capacidad expansiva, la pandemia de COVID-19 puede concebirse como una agudización del *problema central* que se replica

¹ De hecho, el origen del concepto *triaje*, entendido como un criterio de selección de pacientes, suele atribuirse a un médico cirujano militar francés, Dominique-Jean Larrey, quien se encontró ante la necesidad de decidir qué heridos recibirían atención médica prioritariamente en el contexto de las guerras napoleónicas.

en los casos anteriores, que consiste en la imposibilidad de satisfacer, dadas las condiciones de escasez de recursos, la demanda legítima de todos los individuos de recibir atención médica vital.

Aunque las características propias del virus SARS-CoV-2 son dignas de atención al momento de determinar qué recursos pueden resultar insuficientes, la pandemia actual no agrega una dimensión conceptual distintiva y novedosa al problema que me atañe.² Una vez delimitado el universo de recursos sanitarios en pugna, la pregunta es, a fin de cuentas, la misma que debieron (o deben) enfrentar los profesionales de la salud en otros contextos. En consecuencia, el alcance de las conclusiones de este trabajo excede la emergencia presente y podría extenderse a otras situaciones en las que se plantea el mismo problema.

Los autores que han reflexionado recientemente sobre este problema coinciden en que la decisión de asignar un recurso terapéutico escaso entre varias personas debe guiarse por la maximización de los beneficios que la asignación de ese recurso podría producir. En otras palabras, de acuerdo con estos autores deberían priorizarse aquellos pacientes que tienen una mayor probabilidad de curarse (Tudela, 2020; Truog et al., 2020; Rosembaun, 2020; Emanuel et al., 2020; Bonella, 2020).

A simple vista, este criterio, al que denominaré *criterio de eficiencia* (CE), parece razonable. Dado que toda vida es igualmente valiosa, debemos optar por un criterio que nos permita salvar la mayor cantidad de vidas individuales posible.³ En el caso de los recursos terapéuticos,

² Podría pensarse que la necesidad de otorgar cierta prioridad al personal sanitario en la asignación de recursos es una característica novedosa de la presente pandemia. Sin embargo, este asunto ya fue tratado anteriormente, atendiendo a consideraciones similares a las que pueden rastrearse en la literatura relativa al COVID-19 (principalmente, consideraciones instrumentales y de reciprocidad). Para una referencia reciente de este tipo de reflexión producida en el contexto de la pandemia de Influenza A (H1N1), ver Rothstein (2010).

³ El objetivo de “salvar la mayor cantidad de vidas individuales posible” y el criterio de “priorizar a aquellos pacientes que tienen una mayor probabilidad de curarse” (CE) no son necesariamente compatibles. Es posible que un paciente P tenga una mayor probabilidad de curarse que otro paciente Q pero, a su vez, necesite del recurso escaso por más tiempo. Cuando trasladamos esta situación a grupos más extensos de pacientes durante un periodo prolongado de tiempo CE podría redundar en una menor cantidad de vidas individuales salvadas, ya que son menos los pacientes que pueden ser asistidos. Hay dos posibles respuestas a esta objeción. La primera es que en términos prácticos es muy difícil determinar *ex ante* la cantidad de tiempo que un paciente necesitará de un recurso y ponderar dicha variable con la probabilidad de curarse de ese paciente. Por este motivo, los protocolos de triaje suelen contemplar variables que pueden ser rastreadas con mayor claridad de manera individual. La segunda es que la cantidad de recursos (y/o su tiempo de uso) que necesita un

CE exige que sean asignados a los individuos que tienen mayor probabilidad de curarse. Estos pacientes, a su vez, requieren estadísticamente menos tiempo de internación permitiendo que otros pacientes puedan ser tratados más rápidamente.

Cabe introducir algunas aclaraciones respecto de CE. En primer lugar, este criterio descarta de antemano aquellas personas que no necesitan de esos recursos para sobreponerse al contagio del virus (o a cualquier otra patología). Esto no significa que estos pacientes no podrían beneficiarse de su uso; quizás mejoraría su situación clínica y/o reduciría el tiempo de tratamiento. Sin embargo, sería contrario al fin de salvar la mayor cantidad de vidas individuales posible utilizar recursos escasos en personas que no lo necesitan.

En segundo lugar, CE aplica solo para la distribución de recursos *terapéuticos* (respiradores, camas en unidades de terapia intensiva, recursos humanos). En el caso de la distribución de recursos preventivos (por ejemplo, desinfectantes, vacunas, tapabocas, jabón), que también pueden resultar escasos, los autores coinciden en que debe regir un criterio de eficiencia alternativo y priorizar aquellos individuos que de contagiarse tendrían una probabilidad de supervivencia más baja. Los estudios sobre COVID-19 muestran que estadísticamente este es el caso de las personas de edad avanzada (mayores de 80 años) y de aquellas que tienen enfermedades crónicas preexistentes (Emanuel et al., 2020).

CE establece una manera no arbitraria para decidir quién debe ser priorizado en un contexto de escasez de recursos terapéuticos. El siguiente ejemplo permite ilustrar la plausibilidad de este criterio.

Distribución: Un villano ha envenenado a dos personas P y Q. Afortunadamente, existe un antídoto y el villano te lo ha entregado. Tú sabes que P tiene una probabilidad del 70% de sobrevivir si le administras el antídoto y Q tiene una probabilidad del 95%. Tú no tienes ninguna relación especial con P y Q, y te preguntas a quién debes administrarle el antídoto.

Este ejemplo busca reunir todos los rasgos moralmente relevantes que caracterizan análogamente al escenario en el que el personal médico debe decidir entre dos individuos contagiados quién recibirá el recurso terapéutico escaso. Parece razonable, considerando todos los aspectos,

paciente puede estar, al menos en general, correlacionada con su probabilidad de supervivencia. Agradezco a Iñigo de Miguel Beriain por su generosidad para discutir un manuscrito de su autoría que abordaba este tema y que suscitó la inclusión de esta nota aclaratoria.

optar por asignar el recurso escaso a quien tiene mayor probabilidad de salvarse (en este ejemplo, Q).

Sería irrazonable que en un caso como este se optara por lanzar una moneda, u otro procedimiento aleatorio, para decidir imparcialmente a quien debe administrársele el antídoto. Nuestro objetivo es salvar tantas vidas como sea posible y el único medio para acercarnos en mayor grado a ese objetivo es aplicando CE. Un criterio de asignación aleatoria podría producir un resultado subóptimo desde el punto de vista de las vidas salvadas, lo cual resulta moralmente inaceptable. El valor de la imparcialidad no puede garantizarse a costa del sacrificio de la vida de otras personas.

Ahora bien, podría ocurrir que la probabilidad de recuperación de los pacientes en cuestión fuera equivalente o prácticamente indistinguible. En ese caso, entrarían en juego otras consideraciones a modo de desempate para determinar a quién debe asignarse el recurso. Los autores discuten encendidamente sobre estas reglas de desempate. Así, puede contemplarse la perspectiva de sobrevida de los pacientes a largo plazo (ajustada en términos de calidad de vida o no), los ciclos de vida de cada uno (conforme al clásico *fair inning argument* o no) y/o el rol que desempeñan en medio de la emergencia sanitaria, entre otros.⁴ Las guías de triaje suelen complementar CE con algunas de estas reglas.

El peso moral de cada una de estas consideraciones es objeto de debate y, a su vez, pueden superponerse mutuamente. Como resultará evidente, la incorporación de cualquiera de ellas implica cierta tensión conceptual con el principio de igual valor de todas las vidas.

Ante esta multiplicidad de consideraciones que pueden servir como reglas de desempate se plantean las limitaciones epistémicas y

⁴ Cabe decir que para varios autores este tipo de consideraciones deben incorporarse no como reglas de *desempate* sino como reglas de *priorización*. En este sentido, la diferencia en la perspectiva de sobrevida a largo plazo (ajustada en términos de calidad de vida o no), los ciclos de vida vividos y/o el rol desempeñado en la emergencia sanitaria deberían incorporarse al criterio de asignación conjuntamente con la probabilidad de curarse. La consecuencia práctica de esta incorporación consiste en que podría asignársele el recurso terapéutico escaso a quien tuviera una menor probabilidad de curarse, pero una mayor perspectiva de sobrevida a largo plazo, o que aún no ha vivido ciertos ciclos de vida en relación a otro solicitante, o que desempeña un rol importante dentro de la emergencia sanitaria (por ejemplo, es miembro del personal médico). Para un análisis de dos versiones diferentes del *fair inning argument* en contextos de escasez, ver Nord (2005). Para una crítica a la incorporación de reglas que suponen una discriminación etaria, ver Macklin (2020). Para un protocolo de triaje que analiza estas reglas e incluye una regla de priorización en beneficio del personal médico, ver Rivera López et al. (2020).

de tiempo que definen el contexto de toma de decisión en circunstancias de emergencia como la que estamos analizando. Estas limitaciones, que impiden que pueda efectuarse satisfactoriamente un análisis detallado de cada caso, aumentan el atractivo del sorteo como el recurso más justo para desempatar entre personas con igual pronóstico. A los fines del presente trabajo, no profundizaré en las mencionadas reglas de desempate y me ceñiré exclusivamente a la evaluación de la probabilidad de recuperación del paciente. Ciertamente, la evaluación de la probabilidad de recuperación también es objeto de limitaciones epistémicas y de tiempo. Sin embargo, aunque condicionada por tales restricciones, dicha evaluación es indispensable para avanzar hacia un criterio no arbitrario y no aleatorio de asignación de recursos.

Hasta aquí he mencionado el problema de distribuir un recurso terapéutico escaso que aún no ha sido asignado. Sin embargo, en un contexto de emergencia sanitaria puede ocurrir que deba decidirse sobre la *reasignación* de un recurso, de un paciente a otro. Considérese el siguiente ejemplo.

Redistribución: Un villano ha envenenado a dos personas P y Q. Afortunadamente, existe un antídoto y P lo tiene en su poder. Tú sabes que P tiene una probabilidad del 70% de sobrevivir si bebe el antídoto y Q tiene una probabilidad del 95%. Tú no tienes ninguna relación especial con P y Q, y te preguntas si deberías hurtar el antídoto a P para dárselo a Q y así maximizar los beneficios del antídoto.

Este segundo ejemplo busca recoger todos los rasgos moralmente relevantes que caracterizan análogamente al escenario en el que el personal médico debe decidir si quita el recurso escaso a un individuo que está siendo tratado para *reasignarlo* a otro individuo con una mejor pronóstico. ¿Es *Redistribución* un escenario moralmente idéntico a *Distribución*? Los autores que reflexionan moralmente sobre las implicancias sanitarias del COVID-19 responderían afirmativamente a esta pregunta (Truog et al., 2020; Tudela, 2020; Emanuel et al., 2020). Emanuel et al. afirman lo siguiente.

Debido a que maximizar los beneficios es primordial en una pandemia, creemos que retirar un respirador o una cama de UCI a un paciente para proporcionárselo a otras personas necesitadas también es justificable y que los pacientes deben ser informados de esta posibilidad al momento de su admisión. Sin duda, retirar respiradores o el apoyo de la UCI de pacientes que llegaron antes para

salvar a quienes tienen un mejor pronóstico será extremadamente traumático psicológicamente para los médicos, y algunos podrían negarse a hacerlo. Sin embargo, muchas guías coinciden en que la decisión de retirar un recurso escaso para salvar a otros no es un acto de matar (*act of killing*) y no requiere el consentimiento del paciente. Estamos de acuerdo con estas guías en que eso es lo que debe hacerse moralmente.⁵

Estos autores, en consonancia con algunas guías de triaje (ver, por ejemplo, OBD, 2020), desconocen cualquier distinción normativa entre el acto de distribuir un recurso no asignado y el acto de redistribuir un recurso ya asignado, que necesariamente conlleva la acción previa de retirárselo a un paciente. Tan solo advierten una posible carga psicológica que recaería sobre los médicos que tuvieran que retirar el recurso. Por esta razón ambos actos deberían, a juicio de estos autores, estar guiados por CE.

Sin embargo, considero que existe una diferencia normativa relevante entre ambas acciones. Esta puede explicitarse si nos remitimos al par de ejemplos hipotéticos mencionados anteriormente y que recogen análogamente todos los rasgos moralmente relevantes de estas acciones.

En *Redistribución*, el único modo de maximizar los beneficios del antídoto es atentando directamente contra P, hurtándoselo. Ciertamente, P y Q han sido igualmente perjudicados de manera injusta por el villano y ambos tienen una idéntica demanda legítima en favor de recibir el antídoto. Sin embargo, P, por razones que desconocemos (quizás el villano asignó el antídoto aleatoriamente), se ha hecho con el antídoto y, como consecuencia de ello, a su demanda legítima en favor de recibir el antídoto se incorpora una segunda demanda legítima en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento. Esta segunda demanda se sigue *conceptualmente* de la primera. Toda vez que un individuo presenta una demanda legítima en favor de recibir un determinado bien posee implícitamente una segunda demanda legítima en favor de no ser desprovisto de ese bien sin su consentimiento, que se vuelve relevante una vez que lo ha adquirido. Por supuesto, esta segunda demanda legítima puede ser derrotada por otras consideraciones morales (me referiré a esta posibilidad posteriormente).

A este punto de la argumentación interesa señalar que esta segunda demanda legítima no tiene lugar en *Distribución*. En este escenario, P y Q están en condiciones de igualdad en términos de la

⁵ Las traducciones son de mi autoría.

misma demanda legítima que pueden formular en favor de recibir el antídoto. Por este motivo, pueden maximizarse los beneficios del antídoto conforme a CE sin atentar *directamente* contra P.

Si mi interpretación es correcta, en la acción de reasignar un recurso terapéutico escaso se estaría violando una restricción deontológica que protege la demanda legítima del paciente que está siendo tratado en favor de no ser desprovisto de ese recurso sin su consentimiento. Reconozco, y quedará más claro a continuación, que la violación de dicha restricción deontológica puede estar moralmente justificada bajo ciertas condiciones. Sin embargo, esas condiciones son más exigentes que las que, en ausencia de esa restricción, permiten justificar moralmente la acción de distribuir un recurso terapéutico no asignado conforme a CE.

Dado que buena parte de mi estrategia argumentativa descansa en la analogía entre estas acciones (asignación y reasignación de un recurso terapéutico escaso) y el par de ejemplos hipotéticos mencionados (*Distribución y Redistribución*), quisiera defenderla de dos posibles objeciones.

Una primera objeción consiste en afirmar que, a diferencia de lo que ocurre con P en *Redistribución*, el paciente a quien se le retira el recurso ha prestado previamente su consentimiento a ese eventual retiro. Al momento de ingresar al hospital, el paciente es advertido de la posibilidad de que se reasigne el recurso con el que va a ser tratado en beneficio de un paciente con mejor pronosis y se solicita que preste su consentimiento a esa potencial acción futura. La mediación del consentimiento operaría como una cláusula de respeto a la autonomía del paciente que está ausente en *Redistribución*. Si esta objeción es acertada, mi argumento descansa en una falsa analogía; aquello que hace que la acción en *Redistribución* sea moralmente diferente a la acción en *Distribución* (a saber, la violación de la autonomía de P), no está presente en la acción de retirar el recurso terapéutico a un paciente para reasignarlo a uno con mejor pronosis.

Considero que esta objeción descansa en una desatención sobre las condiciones que permiten que el consentimiento cumpla una función moral relevante.

Como es sabido, la figura del “consentimiento” es central en múltiples debates de filosofía moral y política. En el campo de la ética médica, se presenta específicamente como un requisito necesario para la permisibilidad moral de ciertas acciones sobre pacientes o sujetos de investigación.

Tal como señala Eyal (2019), la necesidad de este requisito ha sido fundamentada de diferentes maneras. Algunos autores lo conciben

como una protección instrumental ante eventuales actos abusivos o negligentes por parte de profesionales de la salud. En una interpretación más extendida, otros autores consideran que la mediación del consentimiento garantiza un respeto a la autonomía del paciente y del sujeto de investigación e impide que se establezca una relación de dominación entre agentes simbólicamente desiguales. Asimismo, se ha afirmado que el consentimiento se justifica en tanto cumple una función social, a saber, el fortalecimiento de la confianza de los ciudadanos en las instituciones médicas. Separadamente, cada una de estas posibles fundamentaciones captura una dimensión distintiva y relevante de la función moral del consentimiento que pacientes y sujetos de investigaciones prestan ante ciertas acciones de los profesionales de la salud que los afectan de manera significativa.

Para que el consentimiento pueda desempeñar dicha función moral, en cualquiera de las mencionadas dimensiones, debe satisfacer una serie de características. A los fines de abordar la primera posible objeción a la analogía que he presentado me interesa destacar la característica de la *voluntariedad*. Si el consentimiento puede operar como una protección instrumental ante actos abusivos o negligentes, como una garantía del respeto a la autonomía de quien consiente, como un obstáculo al establecimiento de relaciones de dominación y/o como un fortalecimiento de la confianza de los ciudadanos en las instituciones médicas es porque el individuo consciente e informado que presta consentimiento lo hace de manera *voluntaria*, esto es, en ausencia de coerción externa o de un incentivo indebido.

Las características que garantizan la voluntariedad del consentimiento han sido objeto de debate. Por ejemplo, Jill Fisher (2013) sostiene que los conceptos de “coerción externa” e “incentivo indebido” interpretados de manera aislada no agotan todas las variables que pueden afectar negativamente la voluntariedad del consentimiento y que es menester incorporar un análisis estructural y multidimensional de la coerción que opera sobre los agentes.

En un refinado análisis sobre la justificación de la obligación política, John Simmons recoge una crítica clásica humeana a la idea de consentimiento como fundamento del deber de obedecer a la autoridad política que puede ser replicada en el ámbito de la bioética. De acuerdo con Simmons (1979, pp. 79-83), para que un acto de consentimiento sea voluntario, las consecuencias del disenso no deben ser extremadamente costosas para el agente.

El caso paradigmático de violación de esta condición es el del asaltante armado que amenaza con matar a la víctima si esta no entre-

ga sus pertenencias. Este tipo de casos se incluyen fácilmente dentro de la categoría de “coerción externa” mencionada previamente. Sin embargo, hay situaciones en las que el agente no puede negarse a consentir sin incurrir en consecuencias extremadamente costosas para él mismo pero que no surgen de una imposición violenta por parte de un tercero. Wertheimer denomina a estos escenarios como “situaciones de ausencia de alternativas” (1987, p. 13).

Por ejemplo, si deshidratado en medio del desierto Juan acepta las condiciones leoninas impuestas por Pedro para recibir de este una botella de agua, resulta implausible afirmar que Juan consintió *voluntariamente* las condiciones del acuerdo. Ahora bien, independientemente de la valoración moral de su propuesta, Pedro no llevó a Juan a esa situación desesperante y, por este motivo, no comete una coerción externa similar a la efectuada por el asaltante armado. Simplemente, y parafraseando una cita cinematográfica memorable, hace una oferta que Juan no puede rechazar.

Ciertamente, un agente puede encontrarse ante la necesidad de consentir en una situación de ausencia de alternativas a ciertos términos *justos* de acuerdo. Considérese una situación de posguerra en la que el estado ofrece una suma de dinero mensual para las personas que han perdido su fuente de ingreso bajo la condición de que una vez se hayan reincorporado al mercado laboral lo informen a las autoridades, que reasignarán esa suma mensual a otras familias y/o a la reconstrucción del país. Las personas necesitadas de ese dinero se enfrentan a una situación de ausencia de alternativas (que no impliquen consecuencias extremadamente costosas) frente a una propuesta *prima facie* justa dadas las limitaciones económicas de un país que ha atravesado un conflicto bélico reciente. Nuevamente, resulta implausible afirmar que las personas necesitadas consintieron voluntariamente las condiciones en las que recibirán el aporte estatal de emergencia.

Si, llegado el caso, las autoridades estatales descubrieran que una persona beneficiaria de este aporte se ha incorporado al mercado laboral, ha regularizado su situación económica y no lo ha informado, podrían inmediatamente retirarle la suma mensual. Sin embargo, no podrían hacerlo apelando a los términos y condiciones que esa persona consintió en una situación de pobreza desesperante, sino simplemente a consideraciones morales independientes a dicho consentimiento, a saber, la justicia propia de esos términos y condiciones.

Según creo, los pacientes necesitados de un recurso terapéutico escaso que prestan consentimiento a un eventual retiro de dicho recurso, se encuentran en una situación de ausencia de alternativas.

Solo pueden escoger entre aceptar los términos y condiciones que plantea la institución médica para recibir el recurso o rechazarlas y no recibirlo, exponiéndose a una alta probabilidad de morir. De hecho, es por esta probabilidad que son candidatos a recibir el recurso en primer lugar.

Por lo tanto, la justificación moral de las acciones a las que eventualmente serán sometidos los pacientes no puede estar supeditada al consentimiento que estos brinden en una situación de ausencia de alternativas, sino a la justicia propia de los términos y condiciones que consienten al recibir el recurso. Pero ese es precisamente el asunto que este ensayo se propone abordar, a saber, ¿cuáles son las condiciones que justifican moralmente la reasignación del recurso terapéutico escaso? Por las razones que he ofrecido hasta aquí, el consentimiento inicial del paciente, dada su situación de ausencia de alternativas, es moralmente irrelevante para responder a esa pregunta.

Para una ilustración final de este punto considérese un escenario en el que los términos y condiciones a ser aceptados por los pacientes para recibir el recurso terapéutico son claramente arbitrarios. Por ejemplo, las autoridades podrían plantear que la reasignación de recursos se efectuará de acuerdo a los resultados de los partidos de fútbol del torneo local. Así, si el equipo del paciente a quien le fue asignado el recurso pierde su partido esa semana, el recurso podrá ser asignado a otro paciente necesitado. Si su equipo gana o empata, extiende su derecho a beneficiarse del recurso por una semana.

Un protocolo semejante sería ridículo. Sin embargo, en una situación de ausencia de alternativas no es irrazonable suponer que muchos pacientes necesitados de ese recurso aceptarían tales condicionamientos.

Por supuesto, el consentimiento informado y consciente de un paciente puede resultar relevante a los fines de evitar potenciales complicaciones penales para el personal médico que debe definir sobre la reasignación de un recurso, pero en una situación de ausencia de alternativas no permite evaluar la permisibilidad moral de tales acciones. Por lo tanto, no es un rasgo a tener en cuenta al trazar la analogía con *Redistribución*.⁶

Una segunda objeción consiste en afirmar que en *Redistribución* existe un derecho de propiedad por parte de P sobre el antídoto, una vez que lo ha recibido, que no tiene lugar en el caso de un paciente al que se le ha asignado un recurso terapéutico escaso. El paciente no cuenta con

⁶ Agradezco los comentarios de un referee anónimo de *Análisis Filosófico* que enriquecieron enormemente esta sección del trabajo.

un derecho de propiedad sobre el recurso, sino que este simplemente le ha sido cedido temporalmente bajo ciertas condiciones. En consecuencia, lo que en *Redistribución* es un ejemplo de *hurto*, en el caso de la reasignación de recursos terapéuticos escasos se trata de una recuperación legítima de un bien por parte del verdadero propietario, a saber, el estado o la institución médica.

El uso del término *hurto* puede ser distorsivo y producir un rechazo razonable cuando se traslada al ámbito médico. El objetivo de la analogía no es caracterizar a los médicos que se enfrentan a la difícil situación de reasignar un recurso terapéutico escaso como ladrones, sino destacar que en ambos casos se presenta una restricción deontológica que protege a quien recibe el bien y que limita moralmente el accionar de terceros, incluidos los profesionales de la salud. Reconozco que en *Redistribución* dicha restricción adquiere la forma de un derecho de propiedad que no está presente en el caso de la instancia médica. Sin embargo, esta distinción no hace una diferencia moral en la analogía.

Es plausible afirmar, como haré posteriormente, que el derecho de propiedad de P sobre el antídoto puede ser violado bajo ciertas condiciones. Análogamente, la demanda legítima del paciente que está siendo tratado en favor de no ser desprovisto de un recurso terapéutico sin su consentimiento también puede ser violada bajo ciertas condiciones. No obstante, la violación de esta demanda legítima, para estar moralmente justificada, no puede apelar simplemente al poder de los médicos en tanto mediadores del “verdadero propietario” del recurso terapéutico (el estado o la institución médica). Si el criterio para la reasignación fuera claramente arbitrario (tal como ilustra el ejemplo del criterio que se guía por los resultados de los partidos de fútbol del torneo local), el retiro del recurso al paciente no constituiría una violación de un derecho de propiedad (en la medida en que no es propietario del recurso), pero sí una violación injustificada de su demanda legítima a no ser desprovisto de ese recurso sin su consentimiento. Afirmar que esa decisión médica injustificada no constituye un acto de *hurto* no aporta ninguna diferencia moralmente relevante a ser contemplada por la analogía que he planteado.

En resumen, el objetivo de la analogía es modesto y consiste en mostrar que las condiciones que habilitan la violación de ambas restricciones deontológicas son más exigentes, en lo que respecta a la probabilidad de supervivencia de los potenciales beneficiarios del bien en disputa, que las que permiten distribuir el antídoto y asignar el recurso terapéutico escaso conforme a CE.

Nuevamente, el objetivo central de este trabajo será definir las condiciones que justifican moralmente el acto de reasignar un recurso terapéutico una vez que se reconoce la existencia de una demanda legítima por parte del paciente en favor de no ser desprovisto de este sin su consentimiento que, como ya he señalado, se sigue *conceptualmente* de la demanda legítima en favor de recibirlo en primer lugar.

Dentro de la literatura relevada, Julio Tudela, miembro del Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia, es el único autor que ha explicitado un argumento en favor de la identidad moral del acto de asignar un recurso terapéutico escaso y el acto de reasignarlo. Dicho argumento apela a la doctrina del doble efecto, cara a la tradición católica y ubicua en el debate sobre ética médica. A continuación, cito el argumento en toda su extensión.

El dramático dilema se plantea ante la disyuntiva de qué pacientes van a ser intubados y cuáles no, con las consecuencias que de estas decisiones pueden derivarse. De forma análoga el dilema puede plantearse ante la necesidad de intervenir quirúrgicamente o de atender cualquier otra urgencia con riesgo vital. Es la aplicación “catastrófica” del principio de Justicia, que obliga a “desistir del tratamiento” en pacientes que, en otras circunstancias, pudieran recuperarse si los recursos fueran suficientes. El criterio de aplicarlos a los pacientes con más posibilidades de supervivencia y con menos secuelas previsibles es, en principio, el adecuado, el menos malo, sabiendo que se adopta una decisión en la que se da el doble efecto, por el que morirán pacientes que hubieran podido sobrevivir tras tomar la decisión selectiva, pero que constituye la única posibilidad existente, sin alternativas. Si este criterio selectivo se aplica correctamente, en realidad, no se estaría dejando morir a pacientes como si de una forma de eutanasia se tratara, sino que se está tratando de salvar a los que más posibilidades tengan de sobrevivir con el mínimo de secuelas graves, dada la limitación de recursos. La muerte de estos pacientes no es buscada, ni tolerada siquiera, sino que es sencillamente inevitable.

La doctrina del doble efecto ha sido utilizada para señalar la relevancia moral de la *intención* en el debate sobre eutanasia (Keown, 2004). Tudela apela a ella para argumentar que la identidad moral entre el acto de “desistir del tratamiento” y el acto de decidir “qué pacientes van a ser intubados y cuáles no” se fundamenta en la intención en ambos actos de maximizar la probabilidad de salvar una vida, asumiendo el efecto colateral de la muerte del paciente con peor pronóstico. Si ambos

actos son moralmente idénticos (desde la doctrina del doble efecto), entonces debe aplicarse el mismo criterio, a saber, CE.⁷

Sin embargo, la doctrina del doble efecto no parece arrojar el mismo resultado en *Distribución* y en *Redistribución*. Quizás el primero de estos ejemplos muestra con mayor claridad la plausibilidad conceptual de la doctrina. En *Distribución*, los únicos cursos de acción disponibles son los siguientes: (a) administras el antídoto a P, que tiene 70% de probabilidad de supervivencia, (b) administras el antídoto a Q, que tiene 95% de probabilidad de supervivencia, o (c) no administras el antídoto ni a P ni a Q.

La opción (c) es inaceptable. Tener la oportunidad de beneficiar significativamente a una persona inocente sin ningún costo y no hacerlo es, sencillamente, inmoral. Descartada esta opción, que de seguirse morirían P y Q, restan dos alternativas que comparten una misma característica. Ya sea que optemos por (a) o por (b), inevitablemente una persona inocente morirá. No hay nada que pueda hacerse para impedirlo, ya que hay disponible solo una dosis del antídoto. Si decidiéramos, conforme a CE, administrar el antídoto a Q, entonces P moriría. Sin embargo, este efecto secundario de nuestra acción no es intencionalmente buscado sino simplemente previsto. Una teoría moral que condenara cualquier acción que el agente pudiera tomar en esa instancia no resultaría admisible. La doctrina del doble efecto rescata esta idea y afirma que una acción que produce un efecto negativo puede estar moralmente justificada si cumple con las siguientes condiciones.⁸

1. La acción no es mala en sí misma.
2. El efecto negativo no es intencionado.
3. El efecto positivo no se produce mediante el efecto negativo.

⁷ Rivera López me ha señalado oportunamente que, quizás, estoy interpretando erróneamente el argumento de Tudela. “Desistir del tratamiento” no debe concebirse como sinónimo de retiro y reasignación, sino de asignación del recurso. Esta es una objeción atendible. Aquí he optado por interpretar el término “desistir” como sinónimo de “abandonar” un tratamiento ya empezado. En cualquier caso, si mi interpretación del argumento de Tudela es errónea y este solo se limita a hacer referencia a situaciones de asignación de recursos (menos relevantes en contextos de colapso del sistema sanitario que las situaciones de reasignación), mi análisis sobre la aplicación de la doctrina del doble efecto que le atribuyo permite descartar el potencial uso de dicha alternativa teórica, que, insisto, es la única base que he encontrado en la literatura para defender una identidad moral entre *Distribución* y *Redistribución*.

⁸ La doctrina del doble efecto tiene diversas formulaciones. Las condiciones aquí presentadas son extraídas de Steinhoff (2018). Esta presentación tiene la virtud de reducirse a las condiciones mínimas que son aceptadas por todas las formulaciones alternativas de la doctrina.

La primera condición merece una elucidación. No basta que un agente que causa un efecto negativo lo haga de manera no intencional para que su acción sea permisible a la luz de la doctrina del doble efecto. Existen una serie de restricciones adicionales, que no son específicas de dicha doctrina, sino comunes al acervo filosófico relativo a la justificación de acciones que producen un daño sobre terceros. Estas restricciones, que de cumplirse permiten describir a una acción como siendo “no mala en sí misma”, son: causa justa, necesidad y proporcionalidad.⁹

La primera restricción remite al objetivo por el cual el agente decide realizar la acción. Para que dicho objetivo constituya una causa justa debe promover un resultado moralmente valioso (por ejemplo, salvar la vida de personas inocentes, proteger derechos fundamentales o alcanzar un mayor grado de justicia social).

La segunda restricción condiciona la permisibilidad moral de la acción a la ausencia de un curso de acción alternativo que permita obtener la causa justa produciendo un efecto negativo menos lesivo, sea en términos de extensión (cantidad de individuos afectados) y/o en términos del tipo de daño producido. De existir una alternativa menos lesiva, la acción sería innecesaria y, en consecuencia, inmoral.

La tercera restricción remite a una comparación entre el efecto negativo y el efecto positivo producido por la misma acción. Así, una acción es desproporcionada cuando el efecto positivo no es suficientemente importante en términos morales para justificar el efecto negativo producido colateralmente. Por ejemplo, salvar la vida de 5 personas inocentes es una causa justa y podría ser que el único medio para evitar su muerte sea realizar una acción que producirá como efecto negativo colateral la muerte de 10 personas inocentes. En ese caso, dicha acción tendría una causa justa, sería necesaria pero desproporcionada y, por lo tanto, no satisfaría la primera condición de la doctrina del doble efecto.

En *Distribución*, la acción de asignar el antídoto a Q no es mala en sí misma. El objetivo de maximizar la probabilidad de salvar a una persona inocente es una causa justa. Asignar el antídoto a Q es la única acción disponible que permite cumplir con ese objetivo y, por lo tanto, es necesaria. El efecto negativo, la muerte de P, es proporcional al efecto

⁹La presentación de la doctrina del doble efecto que nos ocupa es, en un sentido relevante, ideal. Esto significa que no refleja consideraciones propias de contextos no ideales, tales como las limitaciones epistémicas y de escasez de tiempo para decidir. Por ello, el análisis de los casos a la luz de la doctrina presupone que los agentes tienen conocimiento de todas las variables moralmente relevantes y no presentan ningún sesgo que impida que evalúen esa información de manera imparcial.

positivo, salvar la vida de Q. Del mismo modo, podría decirse que la acción (a) también sería proporcional.

Más sencillo es notar que la opción (b) satisface la segunda y tercera condición de la doctrina. La muerte de P no es intencionada y no constituye un medio para salvar a Q. Esto se evidencia en el hecho de que, si por alguna razón P sobreviviera, ello no afectaría la consecución del objetivo de maximizar la probabilidad de salvar una vida inocente.

En resumen, la aplicación de CE está justificada en un escenario como *Distribución* a la luz de la doctrina del doble efecto. Análogamente, la misma doctrina habilita moralmente al agente que aplica CE en el contexto de asignación de recursos terapéuticos escasos.

Hasta aquí, la apelación de Tudela a la doctrina del doble efecto para justificar CE es apropiada. Sin embargo, a diferencia de lo afirmado por el autor, la doctrina no permitiría justificar CE en un escenario como *Redistribución*. Por lo tanto, la identidad entre ambos escenarios no puede fundamentarse en esta doctrina.

En *Redistribución*, los únicos cursos de acción disponibles son los siguientes: (a) no haces nada y P se beneficia del antídoto con un 70% de probabilidad de supervivencia, (b) hurtas el antídoto a P, quien ciertamente morirá sin este, y se lo administras a Q, que tiene un 95% de probabilidad de supervivencia o (c) hurtas el antídoto a P pero no se lo administras a Q, quien ciertamente también morirá.

La opción (c) parece incluso más inmoral que la opción (c) en *Distribución*. En este caso, no solamente no se está beneficiando significativamente a una persona inocente pudiendo hacerlo sin ningún costo, sino que se está perjudicando directamente a una persona inocente (P) sin ninguna justificación moral. Solo un consecuencialista primitivo desconocería la distinción entre grados de incorrección moral explicitada en este ejemplo.¹⁰

La opción (b), que sería acorde a CE, causa un efecto positivo (administrar el antídoto a Q, maximizando la probabilidad de salvar una vida inocente) y un doble efecto negativo (la muerte segura de P y la violación de su demanda legítima en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento).¹¹

¹⁰ El utilitarismo escalar de Norcross (2006) es compatible con este tipo de distinciones, sin caer en una variante solapada de deontologismo, tal como suele endilgársele al utilitarismo de regla.

¹¹ Demanda legítima que adquiere la forma de un derecho de propiedad. Por las razones que expuse al considerar una posible objeción de falsa analogía, esta aclaración no plantea una diferencia moral relevante respecto de la acción de reasignar un recurso terapéutico escaso.

Estrictamente, la opción (a) no *causa* ningún efecto. Sin embargo, en un sentido amplio, podemos considerar las omisiones como formando parte del conjunto de decisiones a las que podría aplicar la doctrina del doble efecto.¹² Siendo así, la opción (a) causa un efecto positivo (P no es desprovisto del antídoto y tiene una probabilidad razonable de sobrevivir) y también un efecto negativo (la muerte segura de Q).

Consideremos las opciones (a) y (b) a la luz de las condiciones de la doctrina del doble efecto. La opción (a) parece satisfacer todas las condiciones. En primer lugar, la omisión no es mala en sí misma. Podemos suponer que el agente que decide no hurtar el antídoto a P para dárselo a Q tiene por objetivo respetar la demanda legítima de P en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento. Indudablemente, este objetivo constituye una causa justa. Por otro lado, esta es la única opción disponible para cumplir ese objetivo. Por lo tanto, (a) es la alternativa disponible menos lesiva y, consecuentemente, es necesaria. Finalmente, el efecto negativo de la omisión es proporcional al efecto positivo. Esto se debe a dos razones.

La primera razón es que la opción alternativa (b) produce un efecto negativo idéntico (la muerte segura de P). Si (a) no fuera proporcional, entonces (b) tampoco lo sería. Esto condena al agente a la imposibilidad de actuar moralmente, haga lo que haga, lo que no resulta aceptable.

La segunda razón es que el efecto positivo de la omisión no solo incluye el respeto a la demanda legítima de P en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento sino también una probabilidad razonable de que el antídoto sea efectivo y que P sobreviva. Este doble efecto positivo es especialmente relevante. El respeto a la demanda legítima de P no es *por sí solo* un efecto positivo proporcional a la muerte segura de Q. Una ligera modificación a *Redistribución* permite ilustrar este punto.

Redistribución 2: Un villano ha envenenado a dos personas P y Q. Afortunadamente, existe un antídoto y P lo tiene en su poder. Tú sabes que P tiene una probabilidad del 1% de sobrevivir si bebe el antídoto y Q tiene una probabilidad del 95%. Tú no tienes ninguna relación especial con P y Q, y te preguntas si deberías hurtar el antídoto a P para dárselo a Q y así maximizar los beneficios del antídoto.

¹² Tradicionalmente, la doctrina del doble efecto aplica sobre acciones y no sobre omisiones. La inclusión de las omisiones es simplemente una estipulación a fines de comparar las opciones (a) y (b).

En *Redistribución 2*, el respeto a la demanda legítima de P es una causa justa. Para realizar esa causa es necesario que no hurtemos el antídoto. Sin embargo, el no hacerlo provoca como efecto negativo la muerte segura de Q y como efecto positivo, el respeto a la demanda legítima de P y una probabilidad muy baja de que el antídoto sea efectivo.

Dado que el resultado final será muy probablemente la muerte de dos personas inocentes, la omisión no resulta proporcional. La probabilidad de efectividad del antídoto no es lo suficientemente alta como para que, en conjunción con el respeto a la demanda legítima de P, el efecto positivo causado sea proporcional al efecto negativo de la muerte segura de Q.

En resumen, la primera condición de la doctrina del doble efecto autoriza la omisión en *Redistribución*, pero no en *Redistribución 2*.

En segundo lugar, la opción (a) satisface la segunda y la tercera condición. El efecto negativo de la omisión no es intencional y no es un medio para producir el efecto positivo.¹³ Nuevamente, si por alguna razón Q sobreviviera, ello no afectaría la consecución del efecto positivo de la omisión.

La opción (b) también satisface la primera condición de la doctrina. La decisión de hurtar el antídoto a P y dárselo a Q puede tener como objetivo la maximización de los beneficios del antídoto, lo que constituye una causa justa. La opción (b) es la única que permite alcanzar ese objetivo y es, por lo tanto, necesaria. Asimismo, podemos suponer momentáneamente que el efecto negativo causado por ella (la muerte segura de P y la violación de la demanda legítima de este en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento) podría ser considerado como proporcional al efecto positivo (maximizar la probabilidad de salvar una vida, administrándoselo a Q).

¹³ Una omisión puede ser rechazada moralmente por la doctrina del doble efecto si el efecto negativo que esta causa es intencional y/o el medio para producir el efecto positivo. Por ejemplo, la liberación de un grupo de esclavos es una causa justa que puede obtenerse de manera proporcional y necesaria mediante la tortura del esclavista que día tras día los tortura física y psicológicamente. Podría ocurrir que el esclavista esté siendo torturado por un dispositivo diseñado por un activista abolicionista, que te ha dado la contraseña para desactivarlo. Tú te encuentras ante la siguiente decisión: o bien, desconectas el dispositivo, o bien no lo desconectas hasta que el esclavista dé la orden de liberar a todos los esclavos. Esta última opción constituye una omisión con la intención de producir un efecto negativo (la continuidad del dolor infligido sobre el esclavista) como medio para lograr un efecto positivo proporcional (la liberación de los esclavos). Esta omisión puede ser moralmente justificada, pero no por la doctrina del doble efecto.

Sin embargo, la segunda condición de la doctrina no parece cumplirse. Si bien la muerte segura de P no es un efecto intencionalmente buscado, sino meramente previsto, la violación de la demanda legítima de P en favor de no ser desprovisto del antídoto es intencional. El agente que decide por la opción (b) tiene la intención de violar esa restricción deontológica para poder maximizar los beneficios del antídoto. Por lo tanto, esta parte del efecto negativo es intencional y contrario a la doctrina del doble efecto.

Podría objetarse que esta restricción no es conceptualmente diferente a otras restricciones deontológicas sobre la propiedad que aceptaríamos violar si mediante dicha violación pudiéramos salvar la vida de un individuo inocente. Por ejemplo, si el único medio para evitar que una persona muera deshidratada es robando una botella de agua de una tienda, es moralmente permisible hacerlo. Si la doctrina del doble efecto condenara esa acción simplemente porque produce intencionalmente un efecto negativo (la violación del derecho de propiedad), entonces deberíamos descartarla de antemano.

Sin embargo, tal como señala Steinhoff (2018), la doctrina en su versión contemporánea no es concebida en términos absolutistas (o bien una acción satisface todas las condiciones o bien es inmoral), sino en términos relativos. Los autores que actualmente apelan a la doctrina de doble efecto lo hacen para señalar una diferencia entre los requisitos de justificación de un daño intencional y los requisitos de justificación de un daño colateral. Al hacerlo, no desconocen que puede haber condiciones en las que un daño intencional (por ejemplo, la violación del derecho de propiedad) puede estar moralmente justificado, sino que esas condiciones suelen ser más exigentes que las que justificarían el mismo daño en términos colaterales (Quinn, 1989).

Ahora bien, el daño intencional que se produce contra P en el caso de escoger la opción (b) es significativamente diferente al daño que se produce al violar otras restricciones deontológicas menos importantes. La violación de la demanda legítima de P en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento lo condena a una muerte segura. Por lo tanto, que dicha violación se produzca de manera intencional es una razón para rechazar esa acción desde la doctrina del doble efecto o, en otras palabras, imponerle condiciones especialmente exigentes para que pueda ser moralmente justificada. A manera de ejemplo, si mediante dicha violación pudiéramos salvar a 10 individuos inocentes envenenados que tienen un 95% de probabilidad de sobrevivir si reciben 1/10 parte del antídoto, entonces tal daño intencional podría justificarse. Sin embargo, este no es el escenario planteado en *Redistribución*.

La opción (b) también incumple la tercera condición de la doctrina. El efecto positivo de la acción se produce mediante el efecto negativo. En este punto, conviene establecer más claramente la diferencia entre la segunda y la tercera condición de la doctrina. Como vimos, la segunda condición exige que el efecto negativo no sea intencional, esto es, que no sea causado por el agente de manera deliberada. Un claro ejemplo violatorio de esta condición sería asesinar a P para quitarle el antídoto y distribuirlo entre 10 personas. Esta acción es contraria a la doctrina del doble efecto porque el efecto negativo (la muerte de P) es producido de manera intencional. Sin embargo, el efecto positivo (la maximización de los beneficios del antídoto) no se produce mediante el efecto negativo y por lo tanto cumple la tercera condición de la doctrina. La muerte de P no es un medio para salvar a las 10 personas inocentes. De hecho, si por alguna razón P sobreviviera al ataque letal y se repusiera milagrosamente del envenenamiento, eso no atentaría contra el efecto positivo de la acción.¹⁴

La opción (b), en cambio, incumple esta condición ya que la maximización de los beneficios del antídoto se produce mediante la violación de la demanda legítima de P en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento. Esto se evidencia en el hecho de que no es posible *conceptualmente* que el efecto positivo se produzca sin este efecto negativo. Q puede beneficiarse del antídoto solo si se produce el efecto negativo de violar la restricción deontológica que protege a P.

La *New Catholic Encyclopedia* expresa esta tercera condición de la doctrina de la siguiente manera.

3. El efecto bueno debe fluir de la acción al menos tan inmediatamente (en el orden de causalidad, aunque no necesariamente en el orden del tiempo) como el efecto malo. En otras palabras, el efecto bueno debe ser producido directamente por la acción, no por el efecto malo. De lo contrario, el agente estaría utilizando un mal medio para un buen fin, lo que nunca está permitido (Connell, 1967, p. 1021).

Esta formulación de la tercera condición de la doctrina es interesante porque introduce una suerte de *test* para evaluar su cumplimiento. Este test considera el orden causal en que se producen los efectos.

¹⁴Supóngase en este ejemplo que P no tiene una demanda legítima en favor de no ser desprovisto del antídoto sin su consentimiento ya que, contrariamente a lo que cree, no ha sido envenenado. Por lo tanto, solo incluyo como efecto negativo su muerte y no la violación de una restricción deontológica que, en este caso, no aplica.

Para que el efecto positivo no sea producido mediante el efecto negativo ambos tienen que surgir de la misma acción inmediatamente.

Precisamente, este test no es satisfecho por la opción (b) en *Redistribución*. De hecho, dicha opción incluye, al menos, dos acciones: la acción de hurtar el antídoto y la acción de administrárselo a Q. La primera acción causa la violación de la restricción deontológica que protege a P y la segunda causa el efecto positivo de la opción (b).

Esta formulación no deja de ser confusa, ya que superpone la segunda y la tercera condición. Como vimos, un efecto negativo puede producirse intencionalmente en un momento T1 (asesinar a P para robarle el antídoto) para luego producir un efecto positivo en un momento T2 (salvar a 10 personas inocentes) sin que eso implique que el efecto negativo sea un medio para obtener el efecto positivo. Sin embargo, que el efecto negativo se produzca intencionalmente con anterioridad al efecto positivo, tal como indica el test, es un indicio de que puede estarse incumpliendo no solo la segunda condición de la doctrina sino también la tercera. Ciertamente, en la mayoría de los casos, la intención de producir un efecto negativo es paralela al uso de ese efecto negativo como medio para producir un efecto positivo. En *Redistribución*, este es indudablemente el caso.

Este test permite resaltar la diferencia entre *Distribución* y *Redistribución*, y con ella la permisibilidad moral de CE en uno y otro caso.

En el primer caso, conforme a CE, se produce una sola acción (asignación del antídoto) con su correspondiente efecto negativo (la muerte segura de P) y positivo (la maximización de los beneficios del antídoto).

En el segundo caso, la opción (a) también plantea una sola omisión (no hurtar el antídoto) con su correspondiente efecto negativo (la muerte segura de Q) y positivo (el respeto a la restricción deontológica que protege a P y la probabilidad razonable de que P sobreviva). La opción (b), contrariamente, en conformidad con CE, plantea dos acciones: el hurto del antídoto a P y la administración del mismo a Q. En la primera acción se produce el efecto negativo (la violación de la restricción deontológica que protege a P y su muerte segura) y en la segunda se produce el efecto positivo (maximización de los beneficios del antídoto).

Esta distinción entre acciones que producen efectos negativos y acciones que producen efectos positivos prueba que se produce una violación de la segunda condición de la doctrina del doble efecto (que exige no producir intencionalmente el efecto negativo). Asimismo, es un indicio de que se produce una violación de la tercera condición de la

doctrina (que exige que el efecto positivo no sea producido mediante el efecto negativo). En *Redistribución*, este indicio es confirmado por la imposibilidad conceptual de producir el efecto positivo (maximización de los beneficios del antídoto) sin producir el efecto negativo (violar la restricción deontológica que protege a P).

CE es compatible con la doctrina del doble efecto en *Distribución*, pero no en *Redistribución*. Análogamente, CE es compatible con la doctrina del doble efecto cuando se trata de asignar un recurso terapéutico escaso entre dos pacientes, pero no cuando se trata de reasignarlo de un paciente a otro. Esto no debería resultar extraño si nos remitimos al test mencionado más arriba y evidenciamos que el término “relocalización” o “reasignación” (*reallocating*) opera como un eufemismo que encubre, bajo la apariencia de una sola acción, dos acciones: (1) quitarle el recurso terapéutico escaso a un paciente, condenándolo a una muerte segura, y (2) asignarlo a otro paciente, que de no recibirlo también tendrá una muerte segura.¹⁵ En conclusión, la doctrina del doble efecto no permite justificar la identidad moral entre *Distribución* y *Redistribución*, sino su diferencia.

III. Dos criterios diferentes

El primer objetivo del trabajo, que consistía en señalar una diferencia normativa relevante entre la decisión de asignar un recurso terapéutico escaso y la decisión de quitar ese recurso a un paciente para reasignarlo a otro, fue el tema de la sección anterior. Argumenté que dicha diferencia normativa radica en la existencia de una demanda legítima del paciente que está haciendo uso del recurso en favor de no ser desprovisto de este sin su consentimiento.

En ausencia de dicha demanda legítima, los individuos se encuentran en una situación de simetría moral y CE constituye un criterio no arbitrario y compatible con la doctrina del doble efecto para asignar el recurso. Contrariamente, CE no es compatible con esta doctrina en casos de reasignación de recursos. En esta sección me

¹⁵ En el contexto de la pandemia de COVID-19 se ha señalado que retirar un recurso terapéutico escaso (por ejemplo, un respirador) a un paciente en terapia intensiva no implica necesariamente una sentencia de muerte, ya que, aunque el porcentaje es bajo, algunos pacientes sobreviven únicamente con cuidados paliativos (ver Haydar et al., 2020). Sin embargo, que la probabilidad de sobrevivir sea tan baja constituye un efecto negativo *prácticamente* idéntico a la muerte segura en lo que respecta a la evaluación de la acción desde la doctrina del doble efecto. De hecho, fue esa probabilidad lo que motivó la asignación del recurso a ese paciente en primer lugar.

propongo esbozar un criterio moral alternativo a CE para este tipo de decisiones.

Una manera de incorporar la demanda legítima del paciente que está siendo tratado es otorgándole un peso absoluto. De esta manera puede formularse un *Criterio Absoluto* (CA), que afirma que toda vez que un paciente está siendo tratado con un recurso terapéutico escaso, este solo puede ser discontinuado de mediar su consentimiento.

CA presenta varios problemas. A los fines del presente trabajo, me remito a analizar aquellos problemas que son relevantes para el contexto de emergencia sanitaria actual. En primer lugar, este criterio prioriza indirectamente y de manera inadecuada a los individuos según el orden de llegada al establecimiento médico. Bastaría que un individuo P necesitara recibir un recurso terapéutico escaso antes que otro individuo Q para que P tenga garantizado ese recurso mientras lo desee, independientemente de las consecuencias. Los autores que han reflexionado públicamente sobre las implicancias éticas de la pandemia del COVID-19 han formulado varias críticas a este *principio de orden de llegada* (*first come-first served*). Emanuel et al. (2020), por ejemplo, han señalado que este principio beneficia arbitrariamente a quienes viven cerca de los establecimientos médicos. También argumentan que de aplicarse provocaría tumultos y situaciones de violencia entre las personas que, atemorizadas por quedarse sin los recursos terapéuticos escasos, se lanzarían a los establecimientos médicos contrariando las recomendaciones sanitarias de resguardar el distanciamiento social.

En segundo lugar, CA exige que se omita discontinuar el tratamiento de un paciente con un recurso terapéutico escaso aun cuando este presenta una prognosis muy desfavorable, y dicho recurso podría ser utilizado en pacientes con una probabilidad de supervivencia considerablemente más alta. Como vimos, el respeto a la demanda legítima del paciente que está recibiendo el tratamiento no puede resultar en una omisión cuyo efecto negativo es desproporcionado respecto de su efecto positivo (esto fue ilustrado mediante *Redistribución 2*). No retirar el recurso terapéutico a menos que el paciente preste su consentimiento promueve omisiones que violan la primera condición de la doctrina del doble efecto, esto es, son malas en sí mismas.

En tercer lugar, y profundizando el problema anterior, pueden producirse casos en los que el paciente no está en condiciones de prestar consentimiento. En estos casos, CA exigiría que el tratamiento con el recurso terapéutico escaso se prolongara indefinidamente. Según creo, estos tres problemas deben llevarnos a rechazar CA.

Si CA otorga un peso absoluto a la demanda legítima del paciente, CE le otorga un peso nulo. Conforme a este último, la probabilidad de supervivencia es la principal variable moralmente relevante. Solo cuando la prognosis es equivalente, entran en juego otras consideraciones (ver nota 4).

Ni CA ni CE incorporan adecuadamente la restricción deontológica que he defendido como distintiva del contexto de reasignación de un recurso terapéutico escaso. Parece claro que es necesario establecer un criterio que le otorgue a esta restricción un peso relativo a otras variables.

Me permito, con el objetivo de avanzar en esta dirección, formular un *Criterio Relativo* (CR) con dos especificaciones. Según la primera especificación, toda vez que un paciente está siendo tratado con un recurso terapéutico escaso y su probabilidad de recuperación está por encima de un umbral razonable, es impermissible que el recurso sea retirado y reasignado a un individuo con una mejor prognosis. Según la segunda especificación, si el paciente que está siendo tratado con un recurso terapéutico escaso presenta una probabilidad de recuperación por debajo de un umbral razonable, el recurso puede ser retirado sin su consentimiento, solo si el individuo a quien será reasignado presenta una prognosis *considerablemente* más favorable.

CR presenta varias ventajas frente a CA y CE. En primer lugar, contrariamente a CA, permite que el recurso sea reasignado sin mediar consentimiento si la probabilidad de recuperación está por debajo de un umbral razonable y el solicitante presenta una prognosis *considerablemente* más favorable. Esto evita que se produzcan omisiones desproporcionadas, contrarias a la primera condición de la doctrina del doble efecto.

En segundo lugar, CR es compatible con una versión plausible del *principio de orden de llegada*, ya que los individuos que se han contagiado primero solo serán tratados con el recurso escaso mientras lo necesiten y presenten una probabilidad de recuperación razonable en relación a la probabilidad de recuperación de los demás solicitantes. Esto garantiza que las personas preocupadas por la escasez de recursos no se lancen a los establecimientos médicos contrariando las recomendaciones de distanciamiento social y provocando situaciones de violencia.

Entiendo que el peor escenario imaginable es uno en el que los sistemas de salud colapsan de un modo tal que todas las personas que están siendo tratadas con recursos terapéuticos escasos presentan una probabilidad de recuperación razonable y, al mismo tiempo, hay otros individuos que necesitan de esos recursos y presentan una probabilidad de recuperación igual o superior a algunos de ellos. La única diferencia entre estos

individuos es que algunos de ellos se contagiaron primero y necesitaron el recurso previamente. Este es un escenario probable y no es mi intención descartarlo de manera despreocupada. Hasta donde alcanzo a ver, CR ofrecerá una respuesta moral plausible ante esta situación desesperada.

Por un lado, un sistema de salud que adoptase CR garantizaría a todos los ciudadanos que, de llegar a necesitar y recibir un recurso terapéutico escaso, a ninguno de ellos les será quitado por una mínima variación en la probabilidad de recuperación. Esa mínima variación podría justificar la asignación del recurso en condiciones normales, conforme a CE, pero no puede justificar la resignación del recurso en una situación de colapso del sistema sanitario, tal como argumenté en la sección anterior.

Por otro lado, la versión del *principio de orden de llegada* compatible con CR recoge una *idea de cuidado* que encuentro intuitivamente poderosa. Dicha idea puede resumirse del siguiente modo. Nadie opta, *prima facie*, por contagiarse de un virus potencialmente letal antes que otra persona. Contagiarse es un hecho desgraciado para el contagiado y su familia. La comunidad política debe cuidar de cada contagiado conforme vayan presentándose ante las instituciones médicas públicas y en la medida que los recursos terapéuticos disponibles lo permitan. Los contagiados que están siendo tratados tienen una demanda legítima en favor de no ser desprovistos de ese tratamiento sin su consentimiento que debe respetarse. Esta es la única manera que encuentro aceptable para compatibilizar la idea de cuidado que todo paciente del sistema de salud merece y la escasez de recursos terapéuticos.¹⁶

En tercer lugar, a diferencia de CE, CR es compatible con la doctrina del doble efecto, al menos en su versión contemporánea. Dicha versión reconoce que un efecto negativo puede producirse intencionalmente si ello permite un efecto positivo considerablemente más importante.

Cabe recordar que el efecto negativo de retirar un recurso terapéutico a un paciente es doble. Por un lado, se produce una violación de una restricción deontológica y, por otro lado, se condena al paciente a una muerte segura (ver nota 15). De estos dos efectos, solo la violación es un medio para producir el efecto positivo de atender a un solicitante con mejor pronóstico.

Según CR, este efecto negativo solo puede ser compensado si se cumplen dos condiciones, a saber, que la probabilidad de recuperación del paciente tratado está por debajo de un umbral razonable y que la probabilidad de recuperación del individuo que recibirá el recurso está

¹⁶ Esta idea de cuidado puede encontrarse también en Peterson et al. (2020).

considerablemente por encima de la probabilidad de recuperación del paciente al que se le retira. Solo si se cumplen estas condiciones, el efecto negativo de violar la demanda legítima del paciente y de condenarlo a una muerte segura es proporcional al efecto positivo de asignar ese recurso a un individuo con mejor pronóstico.

Indudablemente, cómo determinar el umbral de probabilidad de recuperación razonable es problemático y excede los alcances de un trabajo filosófico que solo pretende elucidar el carácter moral distintivo de cierto tipo de prácticas. Sin embargo, el concepto mismo de “umbral” permite cierta flexibilidad para evaluar a cada paciente de manera integral. Asimismo, aunque pueden encontrarse “casos límite” en cualquier apelación a una noción de umbral, CR parece eludir la mayoría priorizando, de una manera relativa y equilibrada, la demanda legítima del paciente que está recibiendo el recurso.

Para finalizar esta breve presentación de CR, quiero destacar dos consecuencias de su aplicación. En primer lugar, de acuerdo con CR, las diferencias entre individuos que superan el umbral de probabilidad de recuperación razonable son irrelevantes. Toda vez que un paciente que está siendo tratado con un recurso terapéutico escaso supera ese umbral, las comparaciones con otros individuos que no están siendo tratados son inapropiadas y constituyen una violación a la idea de cuidado que toda persona merece por parte del sistema de salud.

En segundo lugar, la diferencia entre individuos que no superan el umbral de probabilidad de recuperación razonable también es moralmente irrelevante a menos que sea considerable en favor del individuo que solicita el recurso escaso. La violación intencional de la demanda legítima del paciente y su condena a una muerte segura solo pueden justificarse moralmente si el individuo que será tratado en su lugar presenta una prognosis mucho mejor, aunque esté por debajo del umbral razonable.

En resumen, CR incorpora la demanda legítima del paciente en relación a su probabilidad de recuperación y a la de quien solicita el recurso terapéutico escaso que aquel está ocupando. Esta característica hace de CR un mejor criterio para reasignar recursos terapéuticos escasos que CA y que CE, que se mantiene como el criterio adecuado para asignar esos mismos recursos.

IV. Conclusión

En este trabajo he argumentado que existe una diferencia normativa relevante entre la decisión de asignar un recurso terapéutico escaso y la decisión de reasignar ese mismo recurso de un paciente a otro.

Dicha diferencia está dada por la existencia de una demanda legítima que el paciente que está siendo tratado con el recurso podría formular en favor de no ser desprovisto del mismo sin su consentimiento.

Sostuve que esa diferencia exige la formulación de un criterio moral diferente al *Criterio de Eficiencia* (CE) que regula la asignación de recursos terapéuticos escasos. Presenté los lineamientos de ese criterio alternativo bajo el nombre de *Criterio Relativo* (CR), que incorpora el peso moral de la demanda legítima del paciente en relación a otras variables relevantes como su probabilidad de recuperación y la del individuo que solicita la reasignación del recurso.

Bibliografía

- Bonella, A. E. (2020). “COVID-19 e dilemas éticos da pandemia” [Entrevista], *Sociedade Brasileira de Bioética*. <http://www.sbbioetica.org.br/Noticia/726/COVID-19-e-dilemas-eticos-da-pandemia-Entrevista-com-Alcino-Eduardo-Bonella> [Consulta: 29 de Junio 2020].
- Connell, F.J. (1967). Double effect, principle of. En *New Catholic Encyclopedia* (vol. 4, pp. 1020-1022). McGraw-Hill.
- Emanuel, E., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., y Phillips, J. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19, *New England Journal of Medicine*, 382, 2049-2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
- Eyal, N. (2019). Informed consent. En E. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/informed-consent/>.
- Fisher, J. (2013). Expanding the frame of “voluntariness” in informed consent: Structural coercion and the power of social and economic context. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 23(4), 355-379. <https://doi.org/10.1353/ken.2013.0018>
- Haydar, A., Lo, K. B., Goyal, A., Gul, F., Peterson, E., Bhargav, R., DeJoy, R., Salacup, G., Pelayo, J., Albano, J., Azmaiparashvili, Z., Ansari, H. y Patarroyo Aponte, G. (2020). Palliative care utilization among patients with COVID-19 in an underserved population: A single-center retrospective study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.022>
- Keown, J. (2004). *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*. Fondo de Cultura Económica.

- Macklin, R. (1992). *Dilemas: Los problemas éticos y morales que médicos, pacientes y familiares enfrentan hoy*. Atlántida.
- Macklin, R. (2020). Allocating medical resources fairly: The CSG bioethics guide. *Salud Pública Mex*, 62, 90-592. <https://doi.org/10.21149/11486>
- Norcross, A. (2006). Reasons without demands: Rethinking rightness. En J. Dreier (Ed.), *Contemporary debates in moral theory* (pp. 38-53). Blackwell.
- Nord, E. (2005). Concerns for the worse off: Fair innings versus severity. *Social Science & Medicine*, 60, 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.003>
- OBD (Observatori de Bioètica i Dret) (2020). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia [Documento de consenso]. http://www.bioeticayderecho.ub.edu/sites/default/files/doc_recom-pandemia.pdf [Consulta: 29 de Junio 2020].
- Peterson, A., Largent, E., y Karlawish, J. (2020). Ethics of reallocating ventilators in the covid-19 pandemic. *BMJ*, 369. <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1828> [Consulta: 29 de Junio 2020].
- Quinn, W. (1989). Actions, intentions, and consequences: The doctrine of double effect. *Philosophy and Public Affairs*, 18(4), 334–351. <https://www.jstor.org/stable/2265475>
- Rivera López, E., Abal, F., Rekers, R., Holzer, F., Melamed, I., Salmún, D., Belli, L., Terlizzi, S., Alegre, M., Bianchini, A. y Mastroleo, I. (2020). Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 37-61. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31816>
- Rosembaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy: Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *New England Journal of Medicine*, 382, 1873-1875. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
- Rothstein, M. (2010). Should health care providers get treatment priority in an influenza pandemic? *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38, 412-419. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00499.x>
- Simmons, A. J. (1979). *Moral principles and political obligations*. Princeton University Press.
- Steinhoff, U. (2018). The secret to the success of the doctrine of double effect: Biased framing, inadequate methodology, and clever distractions. *The Journal of Ethics*, 22, 235-263. <https://doi.org/10.1007/s10892-018-9272-6>

- Truog, R., Mitchell, C., y Daley, G. (2020). The toughest triage: Allocating ventilators in a pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382, 1973-1975. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005689>
- Tudela, J. (2020). ¿Cómo utilizar los recursos sanitarios en circunstancias de crisis? *Observatorio de Bioética: Instituto Ciencias de la Vida*. <https://www.observatoriobioetica.org/2020/03/como-utilizar-los-recursos-sanitarios-en-circunstancias-de-crisis/32862> [Consulta: 29 de Junio 2020].
- Wertheimer, A. (1987). *Coercion*. Princeton University Press.

Recibido el 30 de junio de 2020; revisado el 4 de diciembre de 2020; aceptado el 15 de diciembre de 2020.