

El triage en la bioética judía: un equilibrio de teorías morales



Un médico en Italia durante la pandemia del coronavirus (REUTERS/Flavio Lo Scalzo)

La actual pandemia sumada a la precariedad de la salud pública, retoma cuestiones bioéticas de triage, clasificando los pacientes en función de recursos y urgencias o necesidades, frecuentemente confundiendo concepciones pragmáticas eficientistas con utilitarismos económico-sociales, desatendiendo visiones personalistas y principios civilizatorios al establecer políticas públicas en la administración de escasos recursos sanitarios.

La cultura bíblica posee **órdenes de prioridad preceptual en lo social e individual ante la incapacidad del pleno cumplimiento**, considerándolos entidades distintas en sus intereses habientes de leyes propias sopesándolas según el caso, resultando en prioridades macro, racionando recursos sanitarios a nivel poblacional, y micro a nivel individual.

Desde lo macro, el tratado talmúdico Nedarim 80b determina que **ante dos pueblos habientes de una sola fuente de agua, el más próximo a esta la utilizará no sólo para beberla sino también para higiene cuando de ello dependiera las vidas de sus habitantes, y aun cuando prive al otro pueblo no sólo del confort en la facilidad de acceso al agua, sino incluso cuando no hubiera otra**. Aquí, la definición de peligro mortal incluye la prevención y el deber social de asegurar la salud para futuras generaciones.

Desde lo micro, se enfatizan tres principios fundamentales. Uno, basado en el Levítico 19:16, **proscribiendo deponer contra la vida del prójimo demorando lo que pudiera salvar vidas**. Dos, el Levítico 25:36 estableciendo que **ante la disyuntiva exclusiva, la propia vida antecede a la de otro, pero no a costa de la acción contra el otro**. Así manifiesto en el tratado Baba Matziá 62a, donde ante la sola posibilidad de salvar una de dos personas sedientas, el dueño de la cantimplora es quien posee la facultad para beberla. Aunque no siendo un deber, pudiendo renunciar a ella y salvar a su prójimo. De aquí también surge el principio que prioriza un *jaié olam*, habiente de una vida permanente sin final prematuro por patologías o situación

particular, frente a un *jaié shaá*, alguien cuya esperanza de vida es acotada a días o algunos meses de no curarlo o cambiarle de situación. Dicha prioridad, considerando que la condición de *jaié olam* no fue adquirida por una acción directa contra otro deviniéndolo en *jaié shaá*. Y tres, basado en el no asesinarás del Éxodo 20:13, **uno de los tres preceptos que imperan dejarse matar para no transgredirlos, se prohíbe salvar la propia vida a costa de la de otro que no la atenta, manifestando la igualdad entre las vidas de las personas.** Esto, expuesto en el tratado Oholot 7:6, reglando que en estado de igualdad una persona no aplaza a otra en prioridad; y en el tratado Sanhedrín 74a, prohibiendo que quien coaccionado a matar a otro para salvar su propia vida, cometa asesinato. Mismo principio general manifiesto en la Tosefta Terumot 7:20, prohibiendo entregar un sujeto inocente a quien lo demandara para matarlo, aun a costa que el demandante matara a todos.

Así, **cuando no pueda satisfacerse en recursos a todos los pacientes y ante su fatídico devenir, la cultura bíblica otorga prioridad a los habientes de mayor posibilidad de sobrevida.** Aunque para la prelación en atención médica entre pacientes saludables y llegados simultáneamente al lugar o con anterioridad al médico, se aplica el orden establecido en el tratado Oratot 13a, donde se describen prioridades ante diversas situaciones de peligro, distinguiendo hombres, mujeres, niños y sus relaciones filiales y genealógicas. Cabe destacar que **algunas de las máximas autoridades legislativas contemporáneas indican la no necesaria aplicabilidad de dicho criterio ante la elección exclusiva de vida o muerte entre uno u otro individuo, por carencia de recursos.** Incluso Maimónides, quien no menciona este orden de prioridades en su código, comenta basado en el mismo tratado, que la prelación por ejemplo, del sabio a la autoridad política, debido a su más difícil reemplazo, difícilmente se implementa por la necesidad de aquella última para el pueblo. No es de imaginarse que un presidente no prime en recibir un respirador o vacuna, ante un científico.

De todas formas, **dicho orden se altera por la precedencia en la atención del médico, por cuanto este contrae la obligación primaria con quien inicialmente le demanda su atención.** Principio manifiesto en el tratado Sucá 25a y basado en Deuteronomio 6:7, por el cual quien se ocupa de un precepto, v.g. el de curar, está exento de cumplir otro simultáneamente. Nuevamente este criterio se altera por la gravedad que a juicio del médico, la situación de uno sea más crítica que la de otro. Y a su vez este criterio se altera en función de la posibilidad de cura o salvación de los pacientes debido a la primaria obligación preceptual del médico para curar, en Éxodo 21:19. Precisamente la aplicación de estos criterios se da ante un único respirador artificial y frente el ingreso de un paciente crítico que lo demande, no demorándolo en función de otros ulteriores que necesitándolo sean habientes de mayor sobrevida. Y no pudiendo desconectárselo debido a la obligación primaria del médico contraída con el primero, no dejándolo de atender si repercutiese en el estado del paciente. Mismos criterios se aplican **ante una sola cama disponible y la llegada conjunta de dos pacientes en similar estado de gravedad, priorizando a quien sea habiente de mayor probabilidad de cura y sobrevida a juicio del médico presente.** Y ya ocupada, incluso por quien tiene menos probabilidad de sobrevida, se prohíbe desalojarlo en pos de otro habiente de mayor viabilidad. Por estas razones, si bien esta regla es seguida por grandes legistas contemporáneos especializados como, Moshé Feinstein, Eliézer Waldenberg, Shlomo Auerbach y Shmuel Wosner, entre otros, se acepta la excepcionalidad planteada por Moshé Shtrenbuch, respecto del **criteriosamente restringido uso de aparatología esencial que deba permanecer fijado al cuerpo del paciente, evitando que otro paciente crítico con mayor probabilidad de sobrevida se vea impedido de lograrla debido a otro con menor o ninguna, pero que habiéndolo antecedido se prohíbe su desconexión.** Otro caso de aplicabilidad es ante dos pacientes con igual probabilidad de sobrevida, y que a juicio del médico sólo puede atender a uno, deberá priorizar aquél que representa mayor gravedad. Y de igualarla, deberá el médico seguir el orden de prioridad establecido en el tratado de Oratot. Pero en caso de una significativa menor probabilidad de sobrevida de uno respecto de otro, incluso debido al conocimiento o recursos del médico, priorizará el de mayor probabilidad de sobrevida o a quien ciertamente sabe cómo curar. **Pero nunca y bajo ninguna circunstancia la edad del paciente puede ser un factor determinante para establecer per se las prioridades del caso,** dado que no necesariamente uno posee siempre mayor sobrevida que otro. Este mismo criterio es utilizado ante una sola dosis para curar a uno de ambos pacientes, estando uno grave y sin cura fuera de aquella dosis, mientras que el otro, pudiendo posiblemente curarse sin esta, se prioriza al primero.

Concluyendo, **existe otra alternativa a los frecuentes polares criterios utilitarios en catástrofes, resolviendo la disyuntiva entre la utilidad médica, salvando la mayor cantidad de vidas posibles, la social priorizando las más valoradas en función del mejor bien para la mayor cantidad, y la humanitaria primando a los más necesitados.** Es decir, manteniendo un equilibrio con beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía, entre utilidad, pragmatismo, personalismo y principios civilizatorios.

Miembro Titular de la Pontificia Academia para la Vida, Vaticano. “Mención de Honor Domingo F. Sarmiento” 2018. “Personalidad Destacada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Ámbito de la Cultura” 2019