

**COVID 19**

**ÉTICA EN LA ASIGNACIÓN  
DE RECURSOS LIMITADOS  
EN CUIDADOS CRÍTICOS  
POR SITUACIÓN DE  
PANDEMIA**

**RECOMENDACIONES**

AGOSTO 2020



**Ministerio de Salud  
Argentina**

## ÉTICA EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS EN CUIDADOS CRÍTICOS POR SITUACIÓN DE PANDEMIA

### COMITÉ DE ÉTICA Y DDHH FRENTE AL COVID 19

El colapso de varios sistemas de salud en el mundo ante la pandemia de coronavirus ha mostrado que ante esa situación las decisiones se tomaron en modo confuso y caótico sin legitimidad ética. El aumento de las personas afectadas de COVID-19 amenaza con ese colapso en Argentina.

En este documento se presentan criterios focalizados en el derecho integral a la salud y la delimitación de responsabilidades éticas para el uso de los recursos críticos ante esa situación. Se distingue así entre la universalidad del derecho que alcanza a toda persona con su carácter inalienable y la universalización de los recursos para garantizar el goce de ese derecho que se sujeta al criterio del nivel más alto posible que se pueda brindar a cada persona según la disponibilidad que la situación de emergencia sanitaria imponga.

### I. MARCO GENERAL

El Ministerio de Salud de la Nación tiene el mandato constitucional de diseñar políticas públicas que garanticen el ejercicio efectivo del derecho integral a la salud y a la atención de la enfermedad. La planificación y el diseño de una política pública en salud en tiempos de pandemia, requiere plasmar los ejes esenciales que optimicen el cuidado de la salud poblacional. Asimismo, transparentar dichos procesos en la asignación de recursos promueve y facilita que las acciones en salud sean aprobadas y valoradas moralmente por todos. Eso facilita el reconocimiento social y moral de las acciones en salud pública, como condición de posibilidad de la tan valorada confianza pública.

El imperativo ético en la dimensión de la justicia como equidad implica que las políticas intersectoriales estén signadas por el uso racional de los recursos en salud. Ello conlleva al conocimiento por parte del equipo de salud de los criterios según los cuales se sustenta la justa distribución de los recursos escasos en salud ya sean materiales y/o humanos. El equipo de salud se nutrirá de pautas éticas sustentadas en la virtud de la solidaridad- virtud social por excelencia- y la prudencia. Asimismo, tendrán como eje rector el respeto por la persona humana, ante la toma de decisiones autónomas respecto de su condición de salud/enfermedad, siempre y cuando haya tenido oportunidad de expresarlo, acorde a los niveles de competencia que el paciente detente, siendo el caso de no existir decisiones anticipadas.

La ética en la eficaz y eficiente asignación de los recursos escasos en salud deberá plasmarse en la transparencia de los procesos, no debiéndose confundir la maximización de la eficacia y de la eficiencia en la asignación de los recursos en salud, con un fin en sí mismo. Por el contrario, son instrumentales y por ende conforman estrategias en los medios en la prosecución del fin. Sea éste la preservación de la vida a niveles previos al COVID 19, sea el confort y acompañamiento en el proceso final de la vida con dignidad, valorándolo como el último hecho de su vida.

Un Estado justo promueve una sociedad solidaria. La solidaridad es una virtud social que posibilita la convivencia ciudadana signada por la comprensión y ocupación por aquello que le sucede al prójimo. Para el premio Nobel de Economía Amartya Sen se trata más bien del requerimiento de dos principios esenciales y universales que no pueden darse uno sin el otro. La libertad es condición de posibilidad de la igualdad y la igualdad es una de las manifestaciones posibles de la libertad. Ambos sin lexicografías, son condición necesaria para la vida en democracia desde la perspectiva los Derechos Humanos (DD HH) en términos de justicia como equidad.

## **II. CRITERIOS ÉTICOS PARA PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES**

La pandemia por COVID 19 puede generar situaciones que requieran tomar decisiones complejas a la hora de asignar recursos escasos que pueden ser indispensable para pacientes en estado crítico.

Valores como la equidad, la solidaridad y el respeto por las decisiones que las personas tomen respecto a su salud son fundamentales en un contexto en el que las consecuencias son inciertas y la información cambia permanentemente. Por lo tanto, las personas responsables de tomar decisiones deben basar las mismas en criterios con base científica, transparentes, en un proceso justo y público, a través de una estrategia comunicacional en consonancia con estos valores, para dar legitimidad a la asignación de prioridades y recursos.

Todos los sectores involucrados en la atención de pacientes en estado crítico enfrentan consideraciones éticas particulares, ya que involucran recursos que resultan críticos para el mantenimiento de la vida en situaciones de emergencia, debido a que existe una demanda extraordinaria de cuidados de salud, medicamentos y equipamiento que en situaciones de no emergencia no ocurriría. Esto implica, además, que las posibilidades de la población en cuanto al acceso a la atención de salud en situación de pandemia deben ser claras e informadas.

El beneficio individual en algunos casos deberá ceder frente a la seguridad colectiva y el bienestar comunitario. La asignación de recursos debe estar dirigida al propósito de salvar la mayor cantidad posible de vidas y restituir la salud, optimizando la calidad en la supervivencia.

Los criterios para guiar un proceso de toma de decisiones con enfoque de derechos humanos deberían ser:

-. Criterio de mayor bien o maximización de los beneficios. Exige asignar bienes u oportunidades limitadas a quienes más puedan beneficiarse por recibirlos. En el ámbito clínico, este principio se traduce en el deber de asignar los recursos escasos a quienes tengan mayor posibilidad clínica de beneficiarse por recibirlos. Es decir, aquellas indicaciones basadas en la mejor evidencia

científica disponible respecto: a la probabilidad de éxito, con una intervención médica determinada, en un paciente específico. Este será el principal indicador para la asignación de recursos críticos disponibles que debe regirse por la proporcionalidad terapéutica.

- Criterio de respeto igualitario. Cada persona es igualmente valiosa. Las decisiones de cuidado y tratamiento deberían basarse en la necesidad médica. Los pacientes con síntomas o problemas de salud similares deben recibir igual cuidado y tratamiento.

- Criterio de no discriminación: ningún paciente será pospuesto en la atención por razones que no sean estrictamente médicas, esto es edad, género, condición social, clase, religión, etnia, o cualquier otra característica relativa a su condición o lugar en la sociedad.

- Criterio de transparencia: toda la información sobre las decisiones que se toman, los fundamentos por los cuales se tomaron, así como la información con relación a dónde fue realizado y por quién, deben estar basadas en un proceso previamente difundido y ser de acceso público.

- Criterio de información y comunicación: el proceso por el cual se toman las decisiones debe ser abierto a discusión y escrutinio público y dinámico según las circunstancias determinen que debe ser modificado.

- Responsabilidad: se deben disponer mecanismos para asegurar que las personas involucradas en las tomas de decisiones den cuenta por sus acciones e inacciones en la respuesta del sistema de salud a la pandemia y cuenten con la idoneidad para tomar las decisiones que se requieren.

- Criterio de razonabilidad y factibilidad: las decisiones no deben ser arbitrarias, sino que deben ser fundamentadas en razones que puedan ser explicadas, proporcionales a la amenaza y basadas en la evidencia disponible, experiencia y prácticas. Asimismo, deben ser factibles de ser aplicadas.

- Criterios de solidaridad y justicia, las decisiones que se toman en tiempos de pandemia requieren de un alto grado de solidaridad por parte de las partes involucradas y la ciudadanía y deben estar sostenidos en bases de justicia claras.

- Deber de cuidado. Todos los pacientes deben recibir el mejor tratamiento y cuidado posibles que estén disponibles. Aun cuando los recursos necesiten ser racionados durante una crisis, los profesionales y trabajadores de salud tienen un deber de cuidado para promover el bienestar del paciente con los recursos disponibles. Con los profesionales y trabajadores de salud también se tiene un deber de cuidado y deben recibir los elementos de protección personal adecuados.

### III. LINEAMIENTOS ÉTICOS Y SU APLICACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS A PACIENTES QUE REQUIEREN CUIDADOS CRÍTICOS

Considerando los criterios enunciados para la toma de decisiones en el marco de los derechos humanos se proponen los siguientes lineamientos que responden a dicho enfoque, a saber:

A. Toda vida humana, independientemente de su edad, género, religión, nacionalidad, afiliación política, estado socioeconómico, discapacidad, es considerada igualmente valiosa. En consecuencia, no se debería priorizar a personas en su acceso a cuidados críticos por criterios relacionados a edad, género, clase social, etnia, valor social, discapacidad, rol social ni ningún otro criterio no médico.

B. El derecho humano a la salud jurídicamente reconocido como tal en la constitución nacional, de carácter integral, de derecho colectivo, público y como capital social, exige el deber de administrar los recursos de alta demanda, como los cuidados críticos, donde se vaya a obtener mayor beneficio terapéutico. En este sentido, dada la preeminencia en un estado de emergencia todos los recursos tanto del subsector público, del privado y de obras sociales deben estar disponibles para toda persona que requiera atención de su salud en el territorio argentino, debiendo su asignación responder a criterios clínicos fundados en evidencia científica, a partir de la posibilidad de recuperación al estado de salud anterior al comienzo de la enfermedad actual (Ver comentario en disidencia de Diana Cohen Agrest y Florencia Luna al final del documento). (1)

C.- Se requiere el funcionamiento coordinado y armónico de un sistema nacional integrado de acceso a la atención de pacientes COVID19 en estado crítico que cuente con los mismos criterios para la asignación de recursos limitados. Ello incluye a todo el personal de salud de primer, segundo y tercer nivel de asistencia, así como los subsectores de salud que deben funcionar de modo coordinado y coherente con una direccionalidad con base en el ministerio de salud.

D.- Deben definirse las distintas etapas del problema:

- Acceso de pacientes al sistema de salud (en domicilio) e ingreso al sistema.
- Acceso a segundo y tercer nivel de asistencia (atención proporcionada).
- Acceso de pacientes críticos a cuidados intensivos (estándares de asignación)
- Criterios para el retiro de pacientes de cuidados críticos (respiradores y Unidades de Cuidados Intensivos, UCI).
- Atención de cuidados que correspondan según criterio clínico para todos los pacientes no ingresados o egresados de cuidados críticos.

E. El deber general de todas las personas trabajadoras de salud es optimizar la calidad de vida y minimizar el dolor y el sufrimiento de los pacientes. Este deber de cuidado aplica en cualquier

decisión que requiera la asignación de recursos limitados de salud y es aplicable a todos los pacientes. Todos los usuarios del sistema deben tener acceso a cuidados paliativos, en particular los pacientes gravemente enfermos que no sean candidatos a tratamientos invasivos debido al sistema de asignación (o egresados de las UCI por retiro de soporte vital / limitación del esfuerzo terapéutico), deben beneficiarse de la atención o cuidados paliativos.

F. Como la decisión se funda en la capacidad de beneficiarse de una intervención clínica, las únicas personas que podrán tomar la decisión del acceso a los cuidados críticos serán las que integran el equipo de salud. En este contexto, será necesario tomar una serie de decisiones de manera urgente:

1. Deberá haber un reconocimiento de los principios éticos en todos los equipos de salud tanto de unidades de cuidados intensivos, así como de otras áreas de atención de pacientes en estado crítico (por ej. primer nivel de atención, atención telefónica, atención móvil domiciliaria, servicios de emergencias, etc.). Todo médico/a del sistema de coordinación debe estar familiarizado con los criterios para la toma de decisión y para la identificación de estándares de gravedad para la asignación de recursos críticos.
2. Las decisiones de no ingresar a una persona en unidades de cuidados intensivos o de abstención y/o retiro de cuidados críticos en un contexto excepcional de alta demanda, como es la pandemia por coronavirus, deberá ser tomada con consulta a uno/a o dos profesionales médicos/médicas que no estén a cargo de la atención del/la paciente, y deberá ser revisada para asegurar que es lo apropiado, (véanse puntos M y N), además de la protección de la salud del personal sanitario, la decisión nunca debería tomarse en soledad.
3. Se recomienda la formación de comités de triaje COVID19, a distintos niveles (Ver punto M).
4. En el ámbito institucional no se debe suspender ni posponer la atención de otras patologías críticas no COVID, debiendo tener iguales posibilidades de acceso a cuidados críticos.

G. Las decisiones que los y las responsables tomen con relación al acceso a unidades de cuidados intensivos deberán ser respetadas y apoyadas por todo el equipo de salud. Dichas personas también deberán recibir el apoyo necesario para tales decisiones con relación a la preservación de su propia salud (por ejemplo, contención psicológica).

H. En los casos en que la persona a ingresar a la unidad de cuidados intensivos tenga proximidad afectiva con alguna de los responsables de tomar las decisiones de ingreso, dicha decisión deberá, en la medida de lo posible, delegarse a otra persona destinada para tal fin.

I. Los pacientes que no sean admitidos en una unidad de cuidados intensivos por falta de recursos recibirán la atención médica disponible en el nivel subsiguiente de complejidad acorde a según lo requiera la situación clínica de cada paciente y las medidas de cuidado correspondientes.

J. En situaciones extremas, si se presentara un gran número de personas con similares probabilidades de beneficiarse por el ingreso a cuidados intensivos frente a la disponibilidad de un único recurso, lo que sería extremadamente excepcional, la elección aleatoria (al azar) sería el proceso más justo. El criterio “primer llegado, primer ingresado” debería ser el aplicado.

K. En situación de haber carecido de la posibilidad de consentir o recusar luego de información acabada en relación a su cuadro clínico y a los posibles cursos de acción a seguir, un familiar o el apoyo podrá, en carácter de subrogante, atestiguar cuáles serían las preferencias del paciente en relación con la toma de decisiones en salud en situaciones límites. Respecto a comunicación, se recomienda que se realice de la forma más empática posible en un marco de respeto de la dignidad humana, conociendo las restricciones de visita, de informes, de contactos, y la arquitectura de cada lugar. Se recomienda que se establezca un programa centralizado de contención y acompañamiento a pacientes, sus familiares y allegados (incluyendo el eventual proceso de duelo) mediante equipos destinados a tal fin con intervenciones con formato a distancia (telefónica o videollamada) o contactos presenciales según lo decida el equipo, en decisión junto al equipo tratante y considerando las medidas de seguridad.

L. Al mandatorio registro del proceso de atención en la historia clínica de cada paciente, se recomienda elaborar un consolidado, que recoja la información de todos los pacientes con solicitud de ingreso a cuidados críticos. Dicha recomendación, se formula a los fines de asegurar un proceso equitativo y transparente, así como de la protección de las personas que tomarán las decisiones para el ingreso a unidades de cuidados intensivos. Al mismo tiempo, constituye un instrumento que operativiza el seguimiento de todo el proceso de toma de decisiones. Para el consolidado de la información unificada se debería:

- I. Designar y garantizar una persona responsable de la elaboración del consolidado que incorpore la información requerida, en cada unidad de cuidados intensivos disponible.
- II. Conformar un listado de las personas que se ingresan a la unidad de cuidados intensivos, registrando quiénes han participado de la toma de decisiones para su ingreso, los motivos y criterios por los que la persona fue admitida, las decisiones que se toman sobre ellas, así como, su seguimiento y su desenlace.
- III. Conformar un listado de personas que se decide no ingresar donde se registren quiénes han participado de la toma de decisiones para no ingresarla y los motivos por los que la persona no fue admitida.

M. Para garantizar la calidad del proceso, se recomienda convocar a un grupo consultivo, comité de triaje COVID 19, integrado por ex miembros de los equipos de salud, tales como: cuidados intensivos, internación, atención de emergencia, cuidados paliativos, etc., y también un miembro del comité de bioética asistencial de referencia (si lo hubiere). Los/as integrantes de dicho grupo analizarán de forma diaria los consolidados con los registros de pacientes que fueron y no fueron admitidos a las unidades. Además, será el órgano consultivo de apoyo y

acompañamiento permanente para las /os profesionales responsables de tomar las decisiones clínicas.

N. Los Comités de Bioética Hospitalarios/Asistenciales deben ajustar sus procedimientos, establecer algunas pautas particulares en sus Procedimientos Operativos Estandarizados (POEs), ofrecer servicios de urgencia en casos en que sean requeridos (“Unidades de Apoyo Ético”), intervenir entre divergencias entre equipo de triaje (si existiese) y equipo tratante y generar reuniones virtuales para revisiones expeditas y ejecutivas.

## RECOMENDACIONES AL MINISTERIO DE SALUD DEL COMITÉ DE ÉTICA Y DDHH FRENTE AL COVID 19

### APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS ÉTICOS

#### RECOMENDACIONES

1. Legitimación. Para que el uso de los recursos críticos en un colapso sanitario resulte ética y legalmente justificado, ese uso debe ser diseñado, desarrollado y evaluado por un plan común a todos los niveles, y legitimado por un estándar explícito de emergencia.

Se recomienda al Ministerio de Salud, que en el marco del Decreto 260/2020 de Emergencia Sanitaria y su facultad de minimizar los efectos de la pandemia, establezca un plan de cuidados críticos que permita protocolizar las líneas generales de acción y a su vez coordinar con los establecimientos, profesionales de la salud y otros actores, la gestión ordenadora de una saturación de la capacidad del sistema.

2. Derecho a la salud. El fundamento ético-legal de ese plan ha de ser el respeto integral de los derechos de los pacientes y la población en general, y en particular de los derechos de toda persona a la vida, la salud y la integridad. El derecho a la salud, de rango constitucional se define como: “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Se recomienda que el Ministerio de Salud promueva y proteja las garantías de este derecho en todos los niveles del sistema sin discriminación alguna y particularmente ante un contexto de escasez de recursos críticos.

3. El nivel de recursos más alto disponible. El derecho a la salud exige garantizar el más alto nivel posible de salud. Hay una asociación ineludible entre nivel posible de salud y recursos disponibles para alcanzarlo. En el paciente crítico por COVID-19, ese nivel más alto se garantiza, en primer término, con el acceso a unidades de cuidados críticos que disponen de asistencia respiratoria mecánica (ARM) como recurso para intentar revertir la amenaza de muerte que tienen esos pacientes. Cuando este recurso se agota, y no está disponible en modo alguno, el nivel más alto posible pasa a ser el que se pueda alcanzar con el recurso que sigue al primero en orden de eficacia y seguridad.

Se recomienda que el Ministerio difunda y promueva su aplicación procedimental en el sistema de salud el deber de asistir al paciente crítico con el nivel de recursos de cuidado y tratamiento más alto disponible.



Cuando se agote el recurso más alto en cuidados críticos, como el acceso a asistencia respiratoria mecánica (ARM), se asistirá a los pacientes con el recurso más alto inmediatamente inferior al primero, como por ejemplo cuidados críticos con provisión de oxígeno, aunque sin ARM.

El criterio de acceso al nivel del recurso más alto disponible se aplicará a todos los pacientes desde su ingreso hasta el alta.

4. No discriminación. El derecho a la salud exige un respeto igualitario en la atención, sin discriminación en cuanto a brindar igual tratamiento a una misma necesidad médica, y un deber de cuidado para brindar el acceso al más alto tratamiento y cuidado disponible sin abandono de ningún paciente.

Se recomienda que el Ministerio promueva el estándar de protección integral del derecho a la vida y la salud sin restricciones por edad, género, clase social, etnia, valor social, discapacidad, rol social ni ningún otro criterio no médico, y proteja en todos los niveles del sistema de salud ya comentado

5. Respeto de la dignidad humana. El respeto de la dignidad humana es el fundamento del derecho a la salud y ha de ser el criterio mayor de un plan de cuidados críticos.

Se recomienda que en todos los niveles del sistema de salud se brinde un trato digno con la información completa y adecuada al paciente y su entorno, garantizando su alcance a toda persona, con especial atención a la situación del moribundo por COVID-19 y su familia.

Se recomienda que la comunicación con pacientes y familiares se realice de la forma más empática posible, en un marco de respeto de la dignidad humana, y dando a conocer las restricciones de visita, de informes, de contactos, de la arquitectura de cada lugar, y toda otra información relevante.

Se deberán considerar, para el pleno respeto de los derechos de los pacientes, sus deseos previos, sus directivas anticipadas, y las órdenes de no reanimación.

6. Derecho a la salud y comunidad de referencia. Elaborar e implementar un plan de cuidados críticos requiere de un delicado equilibrio entre las necesidades más urgentes en el binomio salud/enfermedad, la atención de pacientes con morbilidades crónicas, las cirugías programadas, la atención de la salud mental, los consultorios de género y tantos más, que no pueden ni deben desoírse.

Se recomienda promover en el sistema de salud el reconocimiento y fortalecimiento del vínculo con la comunidad de referencia como una dimensión ética indispensable para la determinación de los criterios de distribución equitativos de los recursos en salud pública.

7. Acceso público a la información. La legitimidad de un plan de cuidados críticos que garantice el derecho integral a la salud exige la participación activa de la población en el ejercicio de sus libertades fundamentales y su responsabilidad individual y colectiva.

Se recomienda la implementación de una estrategia comunicacional que demuestre la transparencia de la asignación de prioridades y que tenga como objetivo que tanto la comunidad como los y las trabajadores/as de salud, conozcan y entiendan el propósito y las necesidades a resolver junto con las decisiones que se toman, los grados de libertad con los cuales se realizará y los roles de cada persona involucrada.

8. Procedimientos imparciales. El plan de cuidados críticos debe delimitar las responsabilidades de los tres agentes mayores del sistema: autoridades sanitarias, establecimientos de salud con sus comités de crisis, y profesionales y trabajadores de salud, con participación de la población.

Se recomienda al Ministerio de Salud que promueva en todos los actores del sistema la planificación local con procedimientos imparciales para la asignación de cuidados críticos. La planificación preventiva se dirigirá a fortalecer el funcionamiento integrado de los espacios y actores responsables, para un flujo efectivo en los niveles de testeo, triaje y derivaciones. Los contenidos y criterios de priorización de un plan de cuidados críticos deben ser transparentes y de acceso público. La planificación debe establecer los procedimientos de apelación de las decisiones.

9. Triage en cuidados críticos. La imparcialidad en la asignación de recursos escasos en cuidados críticos es una de las mayores preocupaciones éticas y legales en las instituciones y los profesionales de salud. Esas decisiones son de una muy elevada exigencia profesional, ética y psicológica. Se trata quizá del mayor temor individual y colectivo, y el de mayor angustia, al que nos enfrenta la situación de pandemia.

Se recomienda que el Ministerio de Salud promueva en todos los establecimientos de salud la creación reglamentaria de un Equipo de triaje en cuidados críticos, reconocido por el comité de crisis y la dirección del centro de salud.

Se recomienda que estos equipos estén conformados por profesionales de las distintas áreas del equipo de salud. Y si hubiera comité de bioética asistencial, se recomienda incluir en el mismo al menos un miembro

Se recomienda que en cada establecimiento de salud se establezca una Unidad de Apelación en Cuidados Críticos, con el fin de realizar un seguimiento continuo del plan de cuidados críticos en cada centro, y el funcionamiento del equipo de triaje en cuidados críticos, y pueda intervenir en los casos que exista desacuerdo entre el éste y el equipo tratante.

(1) Opinión en disidencia

Apartado III.B.

Diana Cohen Agrest y Florencia Luna recomienda para dicho punto (el agregado en negrita y cursiva):

B. El derecho humano a la salud jurídicamente reconocido como tal en la constitución nacional, de carácter integral, de derecho colectivo, público y como capital social, exige el deber de administrar los recursos de alta demanda, como los cuidados críticos, donde se vaya a obtener

mayor beneficio terapéutico. En este sentido, dada la preeminencia en un estado de emergencia todos los recursos tanto del subsector público, del privado y de obras sociales deben estar disponibles para toda persona que requiera atención de su salud en el territorio argentino, debiendo su asignación responder a criterios clínicos fundados en evidencia científica, a partir de la posibilidad de recuperación al estado de salud anterior al comienzo de la enfermedad actual. Sin embargo, la asignación de recursos críticos a los distintos sectores no debe ser aleatoria. La disponibilidad de recursos del subsector privado y obras sociales puestas a disposición del sector público debe ser la última ratio, esto es, solo cuando sobran recursos en esos subsectores y faltan en el público, la excepcionalidad de la medida es esencial a la credibilidad y transparencia procedimental.

### **Bibliografía**

Ardagh, M. (2006) Criteria for prioritizing access to healthcare resources in New Zealand during an influenza pandemic or at other times of overwhelming demand. *NZMJ* 119; 1243 [Internet] [citado 20 mar 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063196ncov-backgrounddisease>

Comité de Bioética de España. (2020) 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. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

Comité Internacional de Bioética de UNESCO y COMEST. SHS/IBC-COMEST/COVID-19. (2020) Declaración sobre COVID 19: consideraciones éticas desde el punto de vista mundial, París, 26 de marzo de 2020.

Maglio I, Valdez P, Cámara L. y col. (2020). Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. *Medicina*, Buenos Aires; vol. 80, Supl. III: 45-64. Disponible en: [https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-3-indice/guias\\_eticas/](https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-3-indice/guias_eticas/)

Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, Dirección de Bioética. (2020). Aspectos Éticos en la Atención de las Personas durante la Pandemia por Coronavirus (SARS-CoV-2), Reporte Rápido.V3, 8/6/20: Asignación de recursos con énfasis en cuidados críticos. Disponible en: <https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/>

Organización Mundial de la Salud. (2017) Manejo del riesgo de influenza pandémica. Una guía de la OMS para informar y armonizar la preparación y respuesta ante pandemias nacionales e internacionales. [Internet][citado 20 mar 2020] Disponible en: [http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza\\_risk\\_management/en/index.html](http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html)

United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights.[Internet] [citado 20 mar 2020] Disponible en: <http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html>



[argentina.gob.ar/salud](http://argentina.gob.ar/salud)