

Triaje ex post: ¿homicidio punible o distribución justa de recursos médicos escasos?

Ivó Coca Vila

MPI zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht

Hernán Darío Orozco López

CIFD (Universidad Externado de Colombia)

I. Introducción

La pandemia del Sars-CoV-2 o Covid-19, fuera de sus trágicas consecuencias para la salud y la vida de millones de personas y de los problemas socioeconómicos que ha provocado, también plantea importantes interrogantes jurídicos. En el ámbito del derecho penal, la cuestión más discutida es la del triaje, esto es, cómo valorar jurídico-penalmente el comportamiento del personal de atención en salud a la hora de distribuir o reasignar recursos médicos escasos, el cual debido precisamente a esa escasez se ve abocado a priorizar la atención de ciertos pacientes, lo que conlleva, como contrapartida, a que a otros pacientes no se les otorgue el tratamiento médico que podría salvarles la vida. En la medida en que los médicos están obligados como garantes a evitar la muerte de sus pacientes, la defraudación inevitable de uno de los deberes en conflicto se presenta *prima facie* como una forma de homicidio penalmente relevante.

En esta entrada, en la que se reproduce parcialmente la discusión que planteamos en el evento “Triaje ex post: ¿homicidio punible o racionalización obligatoria de recursos médicos escasos?” organizado por el Centro de Investigación en Filosofía y Derecho de la Universidad Externado de Colombia (<https://fb.watch/7mgM8KDVBK/>), pretendemos ofrecerle al público colombiano en general —es decir, no solo a los abogados (penalistas), sino también a médicos, filósofos y todas las personas interesadas en el tema— un panorama de la discusión jurídico-penal que se ha desarrollado en otros sistemas jurídicos como el alemán y el español que pueda ser de utilidad para profundizar en un debate que en el ámbito colombiano reviste incluso mayor relevancia práctica.

Si bien el triaje en el campo de la medicina intensiva plantea numerosos interrogantes desde el punto de vista penal (al respecto, vid. Coca Vila, “Triaje y colisión de deberes jurídico-penal. Una crítica al giro utilitarista”, *InDret*, (1), 2021), el problema más complejo y del que nos ocupamos exclusivamente en lo que sigue es el del tratamiento del llamado triaje *ex post*, es decir, de la situación en la que, ante la falta de recursos, se le reasigna a un nuevo paciente

B el recurso que ya venía siendo utilizado por otro paciente A o, para decirlo en términos gráficos, los casos de la desconexión del paciente A del respirador artificial para conectar al paciente B.

II. Expectativa de éxito y colisión de deberes en los casos de triaje *ex post*

Poco después de la llegada del Covid-19 a Europa, con la finalidad de poner a disposición del legislador algunos parámetros para una posible regulación del tema y, en especial, de ofrecerles una orientación a los organismos encargados de la persecución y sanción penal, así como al personal de salud que eventualmente se vería abocado a tomar decisiones vitales en las situaciones dilemáticas originadas por un posible desbordamiento de las capacidades de atención de los respectivos sistemas de salud, un sector de la doctrina penal que desde entonces ha venido creciendo considera que en los casos de triaje *ex post* es posible aplicar las reglas de la colisión de deberes, lo cual significa que el médico que desconecta al paciente A para conectar al paciente B actuaría de manera justificada, es decir, no cometería un homicidio respecto del paciente A que fallece poco después de ser desconectado —en contra de su voluntad— del respirador artificial.

De acuerdo con los defensores de esta posición, desde el punto de vista *normativo*, la situación del llamado triaje *ex post* no se diferencia de aquella del triaje *ex ante*, en la que un médico debe decidir a cuál de los dos pacientes asigna el último ventilador mecánico libre. Para ello aducen básicamente tres argumentos. En primer lugar, señalan que el médico ostenta un deber de garante no solo frente al paciente A que ya está conectado al ventilador, sino también frente al paciente B que necesita de la misma atención médica. De acuerdo con el segundo argumento, del hecho de que el paciente A ya esté conectado a un ventilador mecánico no se desprende un mejor derecho respecto del paciente B o, dicho con otras palabras, que el *statu quo fáctico* no implica una mejor posición desde el punto de vista *jurídico* que es el único relevante. La conjunción de estos dos argumentos los lleva a concluir que en los supuestos de triaje *ex post* se presenta una colisión entre dos *deberes* de garante *simétricos*. Finalmente, en tercer lugar, sostienen que la mejor expectativa de éxito, entendida como la posibilidad de superar la específica enfermedad que justifica el tratamiento con el respirador, constituye el criterio esencial para efectuar una nueva distribución de los recursos escasos, por lo que el médico que desconecta al paciente A para asignarle ese respirador artificial al paciente B que tiene una mejor expectativa de éxito actuaría de forma justificada. De hecho, hay quien incluso ha afirmado que dado que el deber de garante frente al paciente recién ingresado y con mejores perspectivas de éxito es un deber de superior rango (interés preponderante), el médico quedaría jurídicamente obligado a desconectar al paciente A para salvar la vida del paciente B. Ante una colisión entre deberes jerarquizables, solo el cumplimiento del deber de mayor rango excluiría el injusto penal.

III. Contra la reasignación de ventiladores mecánicos con base en la mera mejor perspectiva de éxito (*triaje ex post*)

En contra de la aplicación del instituto de la colisión de deberes se ha pronunciado un importante sector de la doctrina. Para dicho sector, sus contendientes, al poner el énfasis en el criterio de las expectativas de éxito de los pacientes, prohijarían una concepción utilitarista de la colisión de deberes que sería incompatible con las premisas básicas de un ordenamiento jurídico liberal respetuoso de los derechos individuales de los sujetos involucrados en el conflicto, por lo que no sería posible justificar el homicidio del médico que interrumpe un tratamiento indicado a fin de salvar a un nuevo paciente con un pronóstico más favorable. Así, por ejemplo, Ivó Coca, considera que, incluso si se aceptase que en los casos de triaje *ex post* coliden dos deberes de garante, el comportamiento del médico no podría ser justificado desde la óptica de la colisión de deberes, ya que con el inicio de la tentativa (inacabada) de salvamento, en este caso con la intubación, se consolidaría un mejor derecho del paciente A respecto de cualquier otro potencial necesitado. Por consiguiente, como el respirador se integraría en la esfera jurídica del paciente A, el médico que practica una extubación no lesionaría un mero interés que espera ser salvado, sino que se injeriría efectivamente en la esfera jurídica del paciente ya intubado, quebrando el médico así la confianza legítima de dicho paciente en ver satisfecha su pretensión de salvamento. Adelantándose a posibles objeciones, Ivó Coca señala que su tesis no se basaría en el dato temporal arbitrario de qué paciente ingresó primero al hospital, sino en el principio del *casum sentit dominus* como principio defectivo general de distribución de la desgracia. Es al necesitado al que le incumbe soportar primariamente su desgracia, pudiéndola desplazar a un tercero ajeno solo bajo los estrictos requisitos del estado de necesidad agresivo (salvaguada de un interés notablemente superior al lesionado). Así pues, dado que el primer paciente, desde una perspectiva normativa, deja de ser un necesitado en el mismo momento en el que el médico garante inicia el tratamiento, es el segundo necesitado el único *dominus* llamado a soportar los costes de su desgracia.

El triaje *ex post*, así las cosas, no podría ser justificado. Esto vale, claro está, siempre y cuando el tratamiento ya iniciado siga siendo médicamente indicado, esto es, tenga visos de éxito y el paciente intubado desee seguir siendo tratado. Ante tales circunstancias, el médico no podría condenar al paciente intubado a una muerte segura a fin de atender a un nuevo paciente con un mejor pronóstico de éxito. Este homicidio antijurídico, con carácter general, tampoco sería exculpable. ¿Se imaginan el caos ocasionado por unos familiares tratando de evitar en legítima defensa de terceros que el médico practicara (exculpablemente) el triaje *ex post* que condena a la muerte a su familiar?

De acuerdo con Hernán Orozco, frente a esta posición cabe, de una parte, formular al menos dos objeciones de fondo, y, de otra, indicar algunas consecuencias problemáticas.

La primera de las objeciones se refiere a la *falta de coherencia interna* de su argumentación, pues sus defensores consideran que un *mismo* criterio de naturaleza *cuantitativa*, a saber, las expectativas de éxito, puede ser utilizado para establecer si se trata de un tratamiento médico indicado, es decir, para decidir sobre el sí o el no del tratamiento de los diferentes pacientes, pero no para priorizar la atención de acuerdo con sus mejores o peores expectativas de éxito. De acuerdo con los autores que rechazan la aplicabilidad de la colisión de deberes en los casos de triaje *ex post*, la indicación médica de un tratamiento y, con ello, el deber de continuar tratando a un paciente que se encuentra actualmente conectado a un respirador artificial, decae cuando las expectativas de éxito de dicho tratamiento son tan bajas que es

prácticamente imposible esperar la recuperación del paciente; por consiguiente, de acuerdo con esta posición teórica, el médico no incurriría en un homicidio al desconectar a dicho paciente, incluso si no existiese otro paciente necesitado de ese mismo tratamiento, pues — como señala el Tribunal Federal de Justicia alemán— no existe un deber de mantener a cualquier precio una vida que ya se está agotando. Esa argumentación, sin embargo, se encuentra en contradicción con su tesis de que la expectativa de éxito no puede servir para priorizar la atención de los pacientes, pues el criterio que es utilizado en ambos casos es exactamente el mismo, por lo que si la expectativa de éxito sirve para lo más, a saber, para establecer la indicación de un tratamiento, también debe servir, so pena de incurrir en contradicciones lógicas, para lo menos, esto es, para priorizar el tratamiento médico indicado de los diferentes pacientes. Para defenderse de esta crítica, quienes rechazan una priorización de los pacientes de acuerdo con el criterio de la expectativa de éxito podrían argumentar que, a diferencia de lo que sucede en esos supuestos, en el caso de la indicación médica del tratamiento de lo que se trata es de fijar una frontera categórica entre la indicación y la no indicación del tratamiento médico. Esta réplica, sin embargo, desconocería dos aspectos esenciales de la “clasificación” en los casos de criterios graduales. Por un lado, que la fijación de una frontera binaria a través de un *continuum* no convierte en cualitativo un criterio cuantitativo; de lo que se trata más bien es de hacer operable desde el punto de vista práctico ese criterio mediante la formulación de las condiciones de su (in)aplicabilidad. Dicho gráficamente: mientras las probabilidades de éxito no sean muy bajas, por ejemplo, de más de un diez por ciento (criterio cuantitativo), el tratamiento es indicado (definición de una frontera categorial); cuando las probabilidades de éxito sean prácticamente nulas, por ejemplo, de menos de un 2 por ciento (aspecto cuantitativo), el tratamiento no es indicado (definición de un límite categórico). Por otro lado, en el caso de la priorización también sería perfectamente viable trazar un límite categórico valiéndose del criterio cuantitativo de las expectativas de éxito. Así, por ejemplo, se podría prever que para priorizar el paciente B en detrimento del paciente A no basta con una diferencia mínima entre las respectivas expectativas de éxito, sino que es necesario que las expectativas de éxito del paciente B superen ostensiblemente (para lo cual podría elegirse un valor específico: por ejemplo, en un 50, 70 ó 90 por ciento) las del paciente A.

La segunda objeción de fondo se refiere a la *corrección material* del rechazo de la aplicabilidad de las reglas de la colisión de deberes a los casos de triaje *ex post* amparado en el criterio de la *prelación temporal*. Como ya se mencionó, los defensores de dicha tesis consideran que cuando el paciente A ya está conectado al ventilador mecánico no es posible desconectarlo para asignárselo al paciente B, pues dicho instrumento se habría integrado en la esfera jurídica de aquel, por lo que el paciente A tendría un mejor derecho respecto de dicho aparato que el paciente B. Esta tesis, sin embargo, no tiene en cuenta que el criterio de la prelación temporal no solo no es el único criterio que puede utilizarse para distribuir recursos médicos escasos y, por consiguiente, fijar derechos y deberes de las partes en conflicto, sino que también está muy lejos de ser el criterio *axiológico* más convincente para solucionar dicho problema. De una parte, en otros casos en los que se deben asignar recursos médicos escasos y, por tanto, fijar las posiciones jurídicas de los involucrados, no se procede de acuerdo con la prelación temporal, sino que se recurre a otro tipo de criterios. Así, por ejemplo, en el caso de la donación de órganos, un importante número de legislaciones establece como criterios esenciales la urgencia y las perspectivas de éxito, al tiempo que en el caso de la vacunación frente al Covid-19 muchos gobiernos se decantaron por criterios

como el mayor riesgo de contagio del personal de salud y los mayores riesgos para la salud y/o la vida de las personas de edad avanzada o con comorbilidades. De otra parte, y este es el aspecto central, desde un punto de vista axiológico no es posible otorgarle tal relevancia a un criterio que, como el de la prelación temporal, obedece en gran medida al mero azar, por lo que no está en sintonía con los criterios que guían la atribución de derechos y deberes en el marco de nuestra cultura jurídica como los principios del mérito o la autorresponsabilidad. Adicionalmente, al depender del azar y ser por tanto un criterio bastante arbitrario, la prelación temporal no puede reclamar el título de ser un principio distributivo justo; por el contrario, en su nombre quedaría justificada la discriminación de las personas y/o grupos poblacionales que por una u otra razón no pueden acceder prontamente a los servicios de medicina intensiva.

Ahora bien, fuera de estas dos objeciones de fondo, la tesis que rechaza la aplicación de la colisión de deberes en los casos del triaje *ex post* trae consigo algunas consecuencias problemáticas que deben ser mencionadas al menos en sus rasgos generales. En primer lugar, al negar que el médico que desconecta al paciente A actúa de manera justificada en virtud de una colisión de deberes habilita a otras personas para que ejerzan una legítima defensa en favor de A y en contra del médico que, dependiendo de las circunstancias del caso, podría ver comprometida incluso su integridad física y/o vida, lo cual evidentemente haría inviable la gestión del sistema de salud. Una segunda consecuencia problemática de dicha tesis sería que obligaría a perpetuar los errores que llevaron a conectar a uno de los pacientes. Así, por ejemplo, si el médico en una situación de extrema urgencia hubiese decidió conectar al paciente A en lugar del paciente B, pero de acuerdo con un análisis más sopesado realizado pocas horas después se determinase que el paciente que se debió haber conectado era B y no A, el criterio de la prelación temporal le impediría al médico corregir ese error so pena de cometer el delito de homicidio; a esa misma conclusión se tendría que llegar si, en virtud de la presión temporal, laboral y emocional, el personal encargado de la conexión se hubiese equivocado y, en lugar de conectar al paciente B que había sido seleccionado por el médico que estudió el caso, hubiese conectado al paciente A. Finalmente, en tercer lugar, toda vez que en los casos de triaje *ex post* difícilmente se podría configurar un estado de necesidad en sus diversas manifestaciones —justificante, exculpante o suprallegal—, el rechazo de una justificación en virtud de la colisión de deberes implica que al personal de salud le estaría categóricamente prohibido desconectar al paciente A para conectar al paciente B, por lo que si llegaran a hacerlo incurrirían en el delito de homicidio que en el caso colombiano está sancionado con una pena mínima de 208 meses de prisión. Esta conclusión, sin embargo, difícilmente puede ser vista como una respuesta justa frente a las personas que más han arriesgado para mitigar los devastadores efectos de la pandemia del Covid-19 y que seguramente han actuado conforme a la autocomprensión de su profesión.

Ivó Coca sostiene que, frente a los argumentos críticos presentados por Hernán Orozco, es posible reaccionar en dos sentidos. En primer lugar, entre la interrupción de un tratamiento médico por falta de indicación y la interrupción de un tratamiento médico indicado a fin de atender a un nuevo paciente con una mejor perspectiva de éxito media una diferencia esencial. En el primer caso se trata de una interrupción atípica, por falta de obligación de seguir practicando un tratamiento que no es eficaz. El médico, en definitiva, no entra a comparar perspectiva de éxito y decidir entre dos vidas humanas, sino que simplemente deja de practicar un tratamiento fútil. En el segundo caso, el que aquí nos ocupa, se trata sin

embargo de la desconexión de un paciente que todavía tiene perspectivas de éxito, siendo su tratamiento, pues, médicamente indicado. A ojos de la persona intubada no es suficiente con argumentar que el nuevo paciente tiene una mejor perspectiva de éxito, su respuesta esperable y razonable rezaría como sigue: ¿por qué la mejor perspectiva de éxito de B me obliga a tolerar que el médico me extube condenándome a una muerte segura? Quien responda afirmando “porque con ello damos un mejor servicio al ventilador mecánico” se ha de preguntar a ojos de quién es mejor el servicio que se le da al recurso médico. Esta cuestión no ha sido resuelta convincentemente por los partidarios del triaje *ex post*, como mínimo por aquellos que se niegan a aceptar la naturaleza puramente utilitarista de su razonamiento. ¿O es que acaso están asumiendo la posibilidad de legitimar un deber de sacrificio en favor de la comunidad en tiempos de pandemia?

Y, en segundo lugar, frente a la tesis de que el criterio de la prelación temporal no es válido para distribuir recursos médicos cabría afirmar que, sencillamente, no se trata en el caso del triaje *ex post* de distribuir nada, pues el ventilador mecánico ya ha sido asignado, sino de establecer las condiciones bajo las cuales el paciente intubado debe perder su derecho (a la vida) en favor de un nuevo paciente necesitado. Lo que los partidarios del triaje *ex post* estarían desconociendo es que con la intubación el médico genera en el paciente una confianza legítima en que su expectativa de salvamento se va a ver satisfecha, consolidando dicho paciente desde ese momento un mejor derecho sobre el ventilador frente a cualquier otro tercero. Un ordenamiento jurídico llamado a minimizar las situaciones de incertidumbre en lo que al reparto de derechos se refiere a fin de garantizar la paz social tendría un importante interés en establecer puntos de consolidación de las expectativas de salvamento. La extubación, en definitiva, no solo supondría la defraudación de la confianza legítima, sino la injerencia en la posición jurídica de un paciente que en modo alguno es responsable por la situación de necesidad del nuevo paciente. No estamos, pues, ante una comunidad de peligro, sino ante un sujeto en peligro y otro que —gracias al tratamiento médico— ya no lo está. ¿O es que alguien diría que el médico puede extraerle en cualquier momento el órgano implantado a uno de sus pacientes a fin de implantárselo al nuevo paciente con mejores perspectivas de éxito? ¿Por qué quien recibe un órgano o un marcapasos sí consolida su derecho y no quién es intubado? ¿Deberían diferencias fenomenológicas como el carácter interno o externo respecto del cuerpo del recurso salvador determinar la posibilidad de la interrupción del tratamiento?

IV. Fundamentación deontológica de la colisión de deberes en los casos de triaje *ex post*

De acuerdo con una tercera posición, en los eventos de triaje *ex post* sería posible fundamentar una colisión de deberes sin tener que apelar al criterio de las expectativas de éxito. Los dos aspectos centrales de una defensa en clave *deontológica* de la aplicación de la colisión de deberes a los supuestos de triaje *ex post* fueron esbozados por Hernán Orozco en el evento “Triaje *ex post*: ¿homicidio punible o racionalización obligatoria de recursos médicos escasos?”.

Por un lado, desde el punto de vista de la *legitimación* de dicha institución, para que ella esté acorde con un orden jurídico de libertades debe basarse en un análisis multipolar. Por consiguiente, se deben tener en cuenta los derechos y deberes de *todos* los involucrados en

el conflicto, es decir, no solo del paciente A que ya está siendo atendido y del personal tratante, sino también de otros pacientes como B que necesitan el mismo tratamiento. Ahora bien, como emanación básica del principio de igualdad, los derechos del paciente B tienen el mismo valor que los del paciente A, por lo que la priorización de uno de ellos solo podría fundarse en un principio básico de nuestro ordenamiento jurídico. El principio de prelación temporal, sin embargo, no tiene un significado de tal magnitud. Toda vez que un pronto ingreso al hospital obedece a un factor meramente arbitrario, e incluso en los casos de rechazo frontal de las medidas de autocuidado sería consecuencia de la infracción de un principio básico de nuestra cultura jurídica como es el de la autorresponsabilidad, la prelación temporal no debe fundamentar una primacía de los derechos de A frente a los de B. A esto se le debe sumar que, desde la óptica de un sistema jurídico comprometido con la idea de igualdad, la prelación temporal no puede ser un principio distributivo justo, pues afectaría y discriminaría a todas aquellas personas que no tienen la posibilidad de acceder prontamente a los servicios de medicina intensiva como los habitantes de las zonas rurales y de los pequeños cascos urbanos.

Por otro lado, desde el punto de vista *dogmático*, la aplicación de la colisión de deberes a los casos de triaje *ex post* se basa en dos argumentos generales. En primer lugar, en relación con las posiciones de garante que ostenta el personal de salud en general y los médicos intensivistas en particular, lo esencial es la existencia de un deber de atención médica y no la forma técnica del cumplimiento de dicho deber, pues, de una parte, en los sistemas jurídicos alemán, español y colombiano se reconoce una equivalencia entre el comportamiento activo y el comportamiento omisivo cuando existe una posición de garante, y, de otra, en el ámbito hospitalario y de cuidado intensivo el cumplimiento del deber de atención médica solo es posible mediante la continua implementación de una serie de comportamientos activos y omisivos. Así pues, como en estos eventos no es posible afirmar que los deberes de omisión tienen un mayor peso que los deberes de acción, decae el principal argumento dogmático en contra de la aplicación de la colisión de deberes en los casos del triaje *ex post*. En segundo lugar, en los casos de triaje *ex post*, el *statu quo* fáctico, es decir, el hecho de que el paciente A ya esté intubado no le garantiza un mejor derecho frente al paciente B necesitado de la misma atención, pues lo relevante en estos casos no es la sonda por sí sola, sino más bien un puesto en la UCI con todos los cuidados médicos especializados que ello implica y que tienen que ser actualizados constantemente. Así pues, como el paciente A, a pesar de estar intubado, necesita de una atención continua, su necesidad no desaparece ni fáctica ni jurídicamente, por lo que no se trata de un tercero ajeno a la situación de conflicto, sino también de un necesitado como el paciente B. En consecuencia, en los eventos de triaje *ex post* se presenta un verdadero supuesto de colisión de deberes simétricos, a saber, de un deber de atención médica frente al paciente A y un deber de atención médica frente al paciente B, por lo que el personal de salud conserva la facultad de elegir cuál de los dos deberes cumplir, sin que esté obligado a elegir al paciente con mejores perspectivas de éxito.

De acuerdo con Hernán Orozco, esta propuesta de solución, fuera de que está más acorde con una valoración deontológica del conflicto al tener en cuenta los derechos y deberes de todos los necesitados, también logra atender adecuadamente la perspectiva del personal de salud. En su opinión, la posición defendida por Ivó Coca y un importante sector de la doctrina, por el contrario, al negar en los casos del triaje *ex post* una colisión de deberes como justificación penal y ante la posibilidad no muy lejana del no reconocimiento de una exculpación vía

estado de necesidad, expone a un alto riesgo de sanción penal y estigmatización social al personal de salud que son precisamente las personas que han estado más expuestas a los riesgos del Covid-19 para con su trabajo poder hacer efectivo el derecho a la salud de sus conciudadanos.

Frente a esta forma de ver las cosas Ivó Coca considera que, sin embargo, cabría todavía afirmar lo siguiente. Contra el segundo de los argumentos acabados de referir, el del riesgo de sanción penal y estigmatización de los equipos médicos, cabe señalar que la prohibición del homicidio siempre trae consigo el riesgo de sanción penal para aquel que no está dispuesto a acatarla. Los equipos médicos operan en un espacio seguro en la medida en que no extuben a pacientes cuyo tratamiento es todavía indicado. El Derecho como patrón de formas de comportamiento no puede ser aquí más claro: ¡no extube en contra de su voluntad a quien se vale de un tratamiento indicado! Y frente a los intentos por reconstruir la legitimación del triaje *ex post* en clave deontologicista cabe simplemente afirmar que ninguno de los argumentos presentados relativos a la visión pluridimensional del conflicto y a la relevancia del principio de igualdad son decisivos para fundamentar el triaje *ex post*, como mínimo, no para quienes acepten la tesis de que el paciente intubado tiene un mejor derecho sobre el ventilador. Este es, sin duda, el punto central de la discusión aquí reproducida: mientras que Ivó Coca sostiene que el paciente intubado ya no es un necesitado sumido en una comunidad de peligro con el futuro paciente, sino el titular de un derecho consolidado sobre el ventilador de cuya indemnidad depende su vida, Hernán Orozco, por el contrario, considera que la intubación no tiene relevancia normativa en el sentido de otorgarle al paciente A un mejor derecho que al paciente B, de modo que el paciente intubado continúa siendo un necesitado cuyos derechos pueden entrar en conflicto con los derechos igualmente relevantes de eventuales o futuros necesitados. Quien no acepte el mejor derecho del paciente intubado podrá concluir con Hernán Orozco que el triaje *ex post* puede ser también fundamentado desde un punto de vista deontológico. Quien, como Ivó Coca, sí acepte tal derecho, solo podrá legitimar el triaje *ex post* con base en argumentos consecuencialistas de corte colectivista inasumibles en el marco de un ordenamiento constitucional liberal.