

El deber de tratar en el contexto de la pandemia de covid-19

Oana-Maria Isailă¹, Sorin Hostiuc²

Resumen

El deber de tratar está en el centro del debate moral y público que rodea la relación médico-paciente, especialmente en epidemias. El tema de discusión puede ser el médico que “lucha” (el “médico héroe”), el médico contaminado, el médico que se niega a tratar o el médico que renuncia. Este aumento de posibles conflictos entre los valores del profesional y del paciente puede tener consecuencias personales y sociales. Todo médico acepta, implícitamente, que su trabajo puede poner en riesgo su bienestar, pero ningún profesional debe aceptar los riesgos causados por un equipo de protección insuficiente, por protocolos inapropiados u otras causas externas. Todos los involucrados tienen el deber de minimizar los riesgos al paciente, ya que de lo contrario no solo el médico está en riesgo, sino también toda la sociedad, visto que los pacientes pueden recibir menos atención médica o desarrollar más enfermedades.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Pandemias. Riesgo. Beneficencia.

Resumo

O dever de tratar no contexto da pandemia de covid-19

O dever de tratar está no centro do debate moral e público sobre a relação médico-paciente, especialmente em epidemias. O tópico da discussão pode ser o médico que “luta” (o “médico herói”), o profissional contaminado, aquele que se recusa a tratar ou se demitiu. Este aumento de potenciais conflitos entre os valores individuais do profissional e os do paciente podem ter consequências pessoais e sociais. Qualquer médico aceita, implicitamente, que o tratamento do enfermo pode gerar riscos para o próprio bem-estar, mas nenhum profissional deve aceitar riscos causados por equipamento de proteção insuficiente ou protocolos inadequados ou outras causas externas que os aumentem sem motivos justificáveis. Todos os envolvidos no cuidado à saúde devem minimizar os riscos impostos ao enfermo; caso contrário, não apenas o profissional está em risco, mas também os pacientes e a sociedade, que podem receber menos cuidados de saúde ou ainda desenvolver outras doenças.

Palavras-chave: Infecções por coronavirus. Pandemias. Risco. Beneficência.

Abstract

The duty to treat in the context of the Covid-19 pandemic

The duty to treat has been at the center of the moral and public debate surrounding the physician-patient relationship, especially in epidemics. The topic of discussion may be the physician who “fights” (the “hero physician”), the contaminated professional, the doctor who refuses to treat or the resigning physician. This may increase potential conflicts between the physicians’ individual values and those of their patients, conflicts that can have personal and social consequences. Doctors implicitly assume that treating patients may generate risks for his/her own well-being, but none should accept risks related to insufficient protective equipment or inappropriate protocols, or other external causes that unjustifiably increase them. Everybody involved in healthcare has the duty to minimize the risks imposed on the patient; otherwise not only physicians are at risk, but also patients and society, which could receive less healthcare or even develop other diseases.

Keywords: Coronavirus infections. Pandemics. Risk. Beneficence.

1. Doctora oana_maria.isaila@yahoo.com – Carol Davila Universidade de Medicina e Farmácia **2. Doctor** sorin.hostiuc@umfcd.ro – Carol Davila Universidade de Medicina e Farmácia, Bucureste, Romênia.

Correspondencia

Oana-Maria Isailă – Vitan Bârzești, 9-11. Bucarest, Romênia.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

El deber de tratar está en el centro del debate moral y público que rodea la relación médico-paciente, especialmente en epidemias, desde la Antigua Grecia. Según Langholf, en la obra que aborda el tema Hipócrates afirmaba:

Con respecto a los peligros de estos casos, siempre es necesario prestar atención a la mezcla de todas las evacuaciones y a los abscesos, críticos y favorables. Las mezclas indican una breve crisis y una recuperación de la salud; las evacuaciones severas y no digeridas y las que se convierten en abscesos graves indican falta de crisis, dolor o enfermedad prolongada, muerte o recaída; sin embargo, cuál de estos específicamente es algo que se debe determinar a partir de otras circunstancias. El médico debe ser capaz de informar los antecedentes, conocer el presente y predecir el futuro; necesita manejar estos factores y tener dos objetivos especiales en relación con la enfermedad: hacer el bien o no hacer daño. El arte consiste en tres cosas: la enfermedad, el paciente y el médico. El médico está al servicio del arte, y el paciente debe combatir la enfermedad con el médico¹.

Durante las epidemias, hubo casos en que los médicos huyeron de las ciudades y dejaron a los pacientes desatendidos. Esto pasó incluso con los titanes de la medicina, como Galeno, que huyó de Roma durante la peste antonina, o Sydenham, que abandonó Londres en la epidemia de 1645-1646²⁻⁴. En los siglos XIV y XV, los médicos abandonaron Venecia para que no fueran infectados por la Peste Negra⁴⁻⁶. Durante el brote de fiebre amarilla en Filadelfia en 1793, médicos huyeron de la ciudad, aunque su número era pequeño⁴. En los principados rumanos, en 1813, durante la peste bubónica, el gobernante Caragea retuvo el salario de todos los médicos en Bucarest, ya que muchos huían de la ciudad: *ordené salarios a los médicos de este asentamiento, no solo por su trabajo, sino también para que demuestren su compromiso a través de acciones y no abandonen el asentamiento cuando se les solicite por heridas y enfermedades (...) ordenamos que, de ahora en adelante, cuando cada uno de ellos abandone este asentamiento [médicos Constantin Caracas y Constantin Filipescu], se les prive de su salario⁷*. Sin embargo, estas generalmente son excepciones a la regla: por lo general, los médicos permanecen en el lugar por una variedad de razones, ya sean materiales, religiosas o por miedo del estigma. Una de estas razones es también el sentido del deber hacia el paciente^{4,5}.

Más tarde, la Asociación Médica Americana (AMA)⁸, fundada en Filadelfia en 1847, redactó un código de ética que aclara las obligaciones de los médicos en contextos epidemiológicos. En el §1 del artículo 1.º, Capítulo 111, el código afirma:

Como buenos ciudadanos, es deber de los médicos estar siempre vigilantes en relación con el bienestar de la comunidad y hacer su parte en el apoyo a sus instituciones y sus responsabilidades. Ellos también deben estar siempre dispuestos a asesorar al público sobre asuntos pertinentes a su profesión, como en asuntos de policía médica, higiene pública y medicina forense. Es responsabilidad del médico informar al público sobre las regulaciones de cuarentena (ubicación, organización y dieta de hospitales, hogares de ancianos, escuelas, prisiones e instituciones similares), sobre la policía médica en las ciudades, como drenaje, ventilación, etc., y sobre medidas para prevenir epidemias y enfermedades contagiosas; y cuando prevalece la epidemia, es su deber enfrentar el peligro y continuar su trabajo para aliviar el sufrimiento de sus pacientes, incluso a riesgo de su propia vida⁸.

Del mismo modo, en Europa, autores enfatizaron los derechos y deberes de los médicos en tiempos de epidemia. Max Simon², en *Déontologie médicale*, tiene un capítulo muy significativo sobre este tema, titulado “*Devoirs des médecins in epidémies, et les diseases contagieuses*”, en el que analiza los deberes de los médicos en epidemias. Albert Moll, en *Ärztliche Ethik*, también dice que *cuando están expuestos a la muerte, los médicos no hacen más que su deber. Pero no se debe olvidar que el médico también tiene familiares que pierden a su ser querido cuando él muere⁹*. Sin embargo, aunque brinden recomendaciones específicas para el ejercicio de la medicina, estos libros o códigos de ética no son obligatorios, y generalmente los médicos actúan de acuerdo con su propia moral y creencias⁵, basados en virtudes como la empatía, el altruismo, la compasión, la justicia y la fidelidad.

Con raras excepciones, los médicos trataron a pacientes en todas las pandemias, incluso en la Gripe Española de 1918, y en el epicentro de brotes de tuberculosis⁵. Los debates sobre el deber de tratar también aparecieron en la década de 1980, durante la crisis del sida, así como en el 2003, durante la epidemia de Sars¹⁰, o en el brote de ébola entre 2014 y 2016¹¹.

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² declaró la enfermedad por coronavirus 2019 (covid-19) una pandemia —la propagación de una enfermedad a escala mundial—, la primera después del brote de H1N1 en 2009. En una pandemia, especialmente una tan extensa como la causada por el coronavirus-19, los sistemas de salud de todo el mundo se ven severamente desafiados, los recursos son escasos y los médicos sufren con la sobrecarga. Uno de los problemas

morales recurrentes que surgen en estas circunstancias es el deber médico de tratar a los pacientes con esta enfermedad, y el propósito de este artículo es evaluar este deber desde una perspectiva ética, con el fin de identificar sus límites y alcance.

El deber de tratar o el deber de proporcionar atención médica

El deber de proporcionar atención médica se duplica por la diligencia: el ejercicio del deber con perseverancia, para cumplir una obligación moral sin esperar una recompensa. Hay cuatro niveles: el deber como una obligación moral intrínseca, como respuesta a la confianza de que se es depositario, como norma de comportamiento profesional y como imposición del código laboral¹³. En general, el compromiso de tratar aparece cada vez que se establece una relación médico-paciente, con el consentimiento explícito de ambas partes, o cuando el médico tiene el deber de intervenir, incluso sin el consentimiento del paciente (que puede estar en coma, incapaz de discernir, o ser un niño pequeño, etc.). La mayoría de los códigos de ética enfatizan cuatro deberes/derechos principales del médico en esta relación contractual: con el paciente, con la sociedad, con los colegas y con él mismo.

Durante una pandemia, o en cualquier situación de alto riesgo, se describe un deber adicional, que se superpone a estos cuatro: el deber de minimizar los riesgos de contaminación¹⁴. Es importante que el respeto hacia ese deber sea una prioridad absoluta para el médico y el sistema de salud, ya que un médico enfermo no solo puede perjudicarse a sí mismo, sino también a otros colegas (a quienes también puede infectar), a los pacientes y a la sociedad (ya que no solo podría propagar la enfermedad, sino que también podría dejar de trabajar, aumentando, de esa manera, la presión sobre otros profesionales de la salud).

Malm y colaboradores¹⁵ sostuvieron que este deber de tratar en contextos infecciosos se justifica por cinco elementos. El primero es el *consentimiento expreso*: los médicos firman un contrato con la unidad médica para tratar a los pacientes de acuerdo con su especialidad. El segundo es el *consentimiento implícito*: siempre se asoció la profesión médica con riesgos a la salud de los profesionales y, por lo tanto, cualquiera que acepte ser parte de esta alianza también acepta estos riesgos potenciales.

El tercero es la *instrucción especial*: en la facultad de medicina y en la residencia, los profesionales reciben capacitación especial para minimizar los

riesgos asociados con la práctica médica. Un especialista en enfermedades infecciosas, por ejemplo, tiene un conocimiento especial y un equipo de protección específico para trabajar con pacientes contagiosos –un equipo que otros especialistas (como un médico general) no tienen– y, por lo tanto, tratará la enfermedad de manera más eficiente y con menos riesgo.

El cuarto es la *reciprocidad*: el médico tiene un estatus social especial y algunos beneficios adicionales relacionados con la profesión. Esto incluye capacitación especial, que se puede financiar públicamente, con pacientes que aceptan ser tratados por estudiantes para que estos aprendan a tratar a otros. Por esta razón, los médicos también están en deuda con la sociedad y necesitan ayudar y actuar de acuerdo con su estatus y las expectativas sociales.

El último elemento son los juramentos y códigos profesionales, que normalmente presentan solo unas pocas directrices generales de conducta en epidemias¹⁵. Sin embargo, estas pautas se deben respetar y convertirse en la base de códigos morales más específicos, desarrollados específicamente para brotes epidémicos.

Límites en el deber de tratar

La práctica de la medicina implica riesgos asumidos, pero también situaciones inesperadas que, si no se manejan correctamente, son una amenaza para el médico y la sociedad. Durante la pandemia de covid-19, como en cualquier pandemia, existe un riesgo de contaminación para el equipo médico, un riesgo que, en ausencia de equipo de protección adecuado y de acuerdo con el paciente, puede tener serias repercusiones en otras personas y en la sociedad. Según la OMS, *los profesionales de la salud están en primera línea frente al brote de covid-19 y, por consiguiente, están expuestos a peligros que los ponen en riesgo de infección. Los riesgos incluyen exposición a patógenos, largas horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento profesional, estigma y violencia física y psicológica*¹⁶.

Si está infectado, el médico no solo es el profesional que trata al paciente, sino también un vector que transmite la enfermedad a otros¹⁷. El hecho de que este profesional se convierta en un vector, junto con su eliminación de la línea de frente, una vez que no pueda trabajar, aumenta la presión sobre un sistema médico ya debilitado.

Según las disposiciones de la OMS con respecto a los derechos, roles y responsabilidades en materia de salud, los equipos médicos deben

adoptar medidas de protección y prevención, así como tener información y capacitación relacionada con la seguridad en el lugar de trabajo. Son derechos de los profesionales de salud los cursos sobre prevención y control de infecciones y los equipos de protección (mascarilla, guantes, gafas, batas, desinfectantes), en cantidades suficientes para todos aquellos que tratan a pacientes sospechosos o confirmados con covid-19. Los equipos también tienen el derecho de adaptar los instrumentos existentes para evaluar, seleccionar, hacer pruebas y tratar a los pacientes, el derecho a la seguridad personal, a permanecer en casa cuando están enfermos y a retirarse de una situación profesional que represente un peligro inminente y grave para su vida y salud¹⁶.

Para proteger a las partes involucradas en la epidemia, la OMS publicó una guía sobre el uso racional del equipo de protección personal (EPP) para covid-19, considerando que *la reserva mundial actual de EPP es insuficiente, especialmente para mascarillas médicas y respiradores; también se espera que el suministro de ropa y gafas pronto sea insuficiente. El aumento de la demanda global, impulsado no solo por el número de casos de covid-19, sino también por la información errónea, las compras provocadas por el pánico y el almacenamiento, provocará mayor escasez de EPP a nivel mundial. La capacidad de expandir la producción de EPP es limitada y no se puede proveer la demanda actual de respiradores y mascarillas, especialmente si sigue el uso inapropiado y generalizado de EPP*¹⁸.

La AMA, en su código de ética, establece que (...) *los médicos deben equilibrar los beneficios inmediatos para pacientes individuales con la capacidad de atender a pacientes en el futuro*¹⁹. Por lo tanto, para ser beneficioso para el paciente y la sociedad, el deber de tratar, en el contexto de una pandemia, se debe basar en un análisis adecuado de los riesgos y beneficios. A nivel personal y social, esta evaluación tiene que considerar las posibles consecuencias de varios actos médicos, incluso las que resultan del uso indiscriminado del “deber de tratar”, que se debe entender, como lo dijo Hipócrates, desde la perspectiva del paciente, del médico y de la enfermedad²⁰.

Los principios de la bioética son esenciales en una pandemia, pero se vuelven multifacéticos. El principio de beneficencia, que conlleva el deber de tratar a los pacientes, ayudar a los colegas de profesión y a la sociedad, está condicionado por el deber de estar correctamente informado sobre las medidas preventivas, los tratamientos y el manejo de la enfermedad, con todas sus posibles manifestaciones clínicas. El principio de no maleficencia conlleva el deber de minimizar los riesgos para los pacientes,

los colegas y la sociedad¹⁴. Esto implica, por ejemplo, el uso de equipos de protección adecuados, aislamiento en caso de contaminación y cumplimiento de las normas terapéuticas. Los médicos deben mantener la calma y utilizar todas las medidas disponibles para proteger su salud y la de quienes los rodean²¹.

A veces, el deber de no tratar se vuelve moralmente relevante: un médico enfermo puede hacer más daño que bien, violando el principio de no maleficencia al cumplir su deber de tratar. Este es el enfoque correcto desde un punto de vista moral y médico, aunque se reduzca la confianza pública en la profesión del médico y se estigmatice a este profesional¹⁴, ya que la sociedad solo ve los resultados finales (el no tratamiento), y no el razonamiento moralmente relevante detrás de este enfoque.

El respeto al principio de justicia es delicado en el contexto real de la pandemia, ya que los recursos, a escala mundial, son limitados. El médico tiene que respetar los derechos de todos los involucrados, en la medida en que las posibilidades lo permitan, con base en la evaluación adecuada y la priorización médica. Además, durante una pandemia, para que el tratamiento sea efectivo, se necesita una buena coordinación entre las instituciones estatales y la cooperación de los pacientes, con el fin de detener la propagación de la enfermedad.

Medidas como el aislamiento y la cuarentena han demostrado efectividad desde los primeros días. En algunas situaciones, el paciente niega o no comprende completamente la enfermedad y sus repercusiones sociales, y se basa en aspectos socio-culturales previos a la pandemia. Las virtudes de los pacientes (honestidad, conformidad, tolerancia y confianza²²) pueden ser elementos clave para su propio bien, así como para el bien de la sociedad en el contexto de recursos limitados.

El deber de proporcionar asistencia médica versus riesgos implícitos

Un médico tiene el deber de proporcionar atención médica/tratar al paciente, incluso cuando eso implica riesgo de contaminación. Hasta abril del 2020 se han reportado más de 300 muertes entre médicos de todo el mundo como resultado de infección por covid-19²³, además de muchos otros casos de profesionales de la salud infectados. Esporádicamente, los medios de comunicación muestran médicos que renuncian o se niegan a tratar pacientes y quejas relacionadas con la falta de equipo de protección, que en teoría es obligatorio, pero prácticamente inexistente²⁴.

En ausencia de una protección adecuada, ¿es aceptable el riesgo de infección? ¿Existe un punto medio entre el heroísmo —que en esta situación es lo mismo que respetar el deber de tratar— y violar ese deber cuando los recursos son escasos? Cuando el equipo de protección es inadecuado o, a veces, inexistente, este deber se vuelve cuestionable, ya que respetarlo provocaría un efecto opuesto para todas las partes involucradas.

Los médicos tienen que trabajar con las instituciones de salud, los organismos reguladores y el público para garantizar que quienes trabajan durante una pandemia se sientan seguros y dispuestos a ejercer su profesión²⁵. Además, deben declarar clara y transparentemente las condiciones que llevaron a las decisiones de no respetar el deber de tratar, así como mantener la accesibilidad a los pacientes, su confianza y fidelidad²⁶.

Consideraciones finales

Respetar los derechos e intereses de todas las partes involucradas en una epidemia es esencial. El deber del médico de tratar a un paciente, incluso cuando hay riesgo de contaminación, está condicionado por el deber de protegerse a sí mismo, así como al paciente y a la sociedad, de acuerdo con las instrucciones e informaciones apropiadas. Los límites del deber de tratar o proporcionar atención médica correctamente, según lo entendido por el médico, no deben llevar a que se niegue tratamiento a una persona enferma sin justificativas. El deber de tratar, entendido adecuadamente por el paciente y la sociedad, no debe ser un medio de intimidar y despersonalizar a un profesional. El equipo médico también tiene el deber de protegerse cuando proporciona atención médica y puede negarse a trabajar si no tiene las condiciones adecuadas.

Referencias

- Langholf V. *Medical theories in Hippocrates: early texts and the "Epidemics"*. Berlín: Walter de Gruyter; 2011. p. 18. DOI: 10.1515/9783110847598
- Simon M. *Déontologie médicale, ou des devoirs et des droits des médecins, dans l'état actuel de la civilisation*. Londres: JB Baillière; 1845.
- Porter R. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity*. Londres: W. W. Norton; 1999.
- Schwartz AR. Doubtful duty: physicians' legal obligation to treat during an epidemic. *Stanford Law Rev* [Internet]. 2007 [acceso 1º jun 2020];60(2):657-94. Disponible: <https://bit.ly/2WrtiMd>
- Zuger A, Miles SH. Physicians, aids, and occupational risk: historic traditions and ethical obligations. *Jama* [Internet]. 1987 [acceso 1º jun 2020];258(14):1924-8. DOI: 10.1001/jama.1987.03400140086030
- Byrne JP. *The black death* [Internet]. Londres: Greenwood; 2004 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/32qgute>
- Urechia V. *Istoria românilor*. Bucureste: Carol Gübli; 1891. p. 541. Tradução livre.
- American Medical Association. *Code of medical ethics of the American Medical Association* [Internet]. Chicago: American Medical Association Press; 1847 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/2Dr3dpW>
- Moll A. *Ärztliche Ethik: die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit*. Erlangen: Enke; 1902. p. 562. Tradução livre.
- Ruderman C, Tracy CS, Bensimon CM, Bernstein M, Hawryluck L, Shaul RZ, Upshur REG. On pandemics and the duty to care: whose duty? Who cares? *BMC Med Ethics* [Internet]. 2006 [acceso 1º jun 2020];7:5. DOI: 10.1186/1472-6939-7-5
- Kpanake L, Tonguino TK, Sorum PC, Mullet E. Duty to provide care to Ebola patients: the perspectives of Guinean lay people and healthcare providers. *J Med Ethics* [Internet]. 2018 [acceso 1º jun 2020];44:599-605. DOI: 10.1136/medethics-2017-104479
- World Health Organization. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19: 11 March 2020* [Internet]. 11 mar 2020 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/3fzPHyO>
- Curcă GC. *Elemente de etică medicală: norme de etică în practica medicală: despr principiile bioeticii*. Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință; 2013.
- Simonds AK, Sokol DK. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters. *Eur Respir J* [Internet]. 2009 [acceso 1º jun 2020];34:303-9. DOI: 10.1183/09031936.00041609
- Malm H, May T, Francis LP, Omer SB, Salmon DA, Hood R. Ethics, pandemics, and the duty to treat. *Am J Bioeth* [Internet]. 2008 [acceso 1º jun 2020];8(8):4-19. DOI: 10.1080/15265160802317974
- World Health Organization. *Coronavirus disease (Covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health* [Internet]. 18 mar 2020 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/2OB1wbM>
- Mayo Clinic. *Coronavirus disease 2019 (Covid-19)* [Internet]. 2020 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://mayoclinic.in/2ZCHWCj>

18. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (Covid-19) and considerations during severe shortages [Internet]. 6 abr 2020 [acceso 1º jun 2020]. p. 8. Disponible: <https://bit.ly/2DTaij9>
19. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. AMA Code of Medical Ethics' opinion on physician duty to treat. AMA J Ethics [Internet]. 2010 [acceso 1º jun 2020];12(6):459. Disponible: <https://bit.ly/2B7EeXI>
20. Langholf V. Op. cit.
21. Hostiuc S, Buda O, editores. The age of informed consent: a european history [Internet]. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing; 2019 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/3h6gB12>
22. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. Nova York: Oxford University Press; 1988.
23. Medscape. In memoriam: healthcare workers who have died of Covid-19 [Internet]. 1º abr 2020 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://wb.md/32tihgY>
24. Petkova M. Dozens of Bulgarian doctors resign amid Covid-19 crisis. Al Jazeera News [Internet]. 18 mar 2020 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/30dF3Xm>
25. Davies CE, Shaul RZ. Physicians' legal duty of care and legal right to refuse to work during a pandemic. CMAJ [Internet]. 2009 [acceso 1º jun 2020]. DOI: 10.1503/cmaj.091628
26. British Columbia Ministry of Health. Covid-19 ethics analysis: what is the ethical duty of health care workers to provide care during Covid-19 pandemic? [Internet]. 28 mar 2020 [acceso 1º jun 2020]. Disponible: <https://bit.ly/3jhla9M>

Participación de los autores

Los autores concibieron, planearon y escribieron el artículo en conjunto.

Oana-Maria Isailă

 0000-0001-9370-6982

Sorin Hostiuc

 0000-0003-4130-9402



Recibido: 20.4.2020

Revisado: 10.7.2020

Aprobado: 16.7.2020