

PRIORIZACIÓN DE PACIENTES: CUESTIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS

FECHA DE ENVÍO: 2 DE FEBRERO DE 2023 - FECHA DE ACEPTACIÓN: 5 DE MARZO DE 2023

**Juan Luis
Beltrán Aguirre**

Doctor en Derecho.

Colaborador Honorífico de la UPNA

SUMARIO

I. Priorización de pacientes en el acceso a la asistencia sanitaria. 1.1 Realidad inevitable y criterios o variables utilizadas. 1.2 Examen de algunas concretas variables. **II. Legislación vigente fijando criterios de priorización.** **III. Posicionamientos éticos en torno a la priorización de pacientes.** 3.1 Corrientes filosóficas. 3.2 Recomendaciones éticas formulada por distintas entidades con motivo de la pandemia Covid-19. **IV. ¿Deben determinarse por ley los criterios de priorización? ¿Opacidad o transparencia?** **V. Bibliografía.**

RESUMEN

En este trabajo, tras describir las variables clínicas y sociales que se utilizan en servicios asistenciales para la priorización de pacientes ante recursos limitados, así como los enfrentamientos bioéticos entre neokantianos y utilitaristas respecto de su legitimidad por la posible vulneración de derechos constitucionales en su aplicación, se defiende terminar con la opacidad que tradicionalmente ha presidido todo lo atinente a la elección y utilización de criterios de priorización, que ha sido siempre responsabilidad exclusiva de los profesionales sanitarios a pesar de que las decisiones que adoptan limitan derechos constitucionales, y la conveniencia de elaborar y aprobar una ley básica estatal que los regule y unifique, liberando así a los profesionales sanitarios de esa injusta carga.

PALABRAS CLAVE

Priorización de pacientes, variables, transparencia, regulación.

ABSTRACT

In this work first we describe the clinical and social variables that are considered in assisted services for the prioritization of patients in the face of limited resources; as well as the bioethical confrontations between neo-Kantians and utilitarians regarding their legitimacy due to the possible violation of constitutional rights in their application. Secondly we argue to put an end to the opacity that has traditionally presided over everything related to the choice and use of this prioritization criteria, which has always been the exclusive responsibility of health professionals despite the fact that the decisions they adopt limit constitutional rights; and for the convenience of developing and approving a basic state law that regulates and unifies them, thus freeing health professionals from this unfair burden.

KEYWORDS

Prioritization of patients, variables, transparency, regulation.

I. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA

1.1 Realidad inevitable y criterios o variables utilizadas.

La priorización de pacientes a efectos de recibir asistencia sanitaria, denominada triaje en los servicios de urgencias¹, y también conocida como “asignación de recursos escasos”, es una herramienta que intenta establecer un orden razonable en el acceso a los recursos asistenciales escasos. Ha sido y es una realidad en el ámbito de la sanidad pública toda vez que los recursos asistenciales son limitados y coexisten con una demanda de asistencia que en ocasiones supera la capacidad de respuesta del sistema, incluso en épocas de prosperidad económica. Esta limitación se acentúa en tiempos de crisis económica y de pandemias o de catástrofes sanitarias. Con motivo de la pandemia de la Covid-19 la priorización de pacientes ha tenido una extraordinaria relevancia.

Asumida esta realidad, se postula² que la aplicación del principio de justicia distributiva en el ámbito sanitario debe regirse por la relación coste-efectividad, que no es ético derrochar recursos con los que se podrían lograr mayores beneficios sanitarios, y que hay que establecer prioridades asistenciales persiguiendo la mayor utilidad posible en relación con los limitados recursos económicos, humanos y técnicos disponibles. Así, para conformar las listas de espera se manejan diversas variables distintas al mero orden de llegada (clínicas, funcionales, sociales, económicas) persiguiendo la justicia distributiva, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema.

Analizada esta dicotomía desde la óptica de la equidad sanitaria³, que exige suprimir desigualdades

injustas y evitables, resulta obligada la priorización ya que la equidad sanitaria implica tratar igual a los iguales y desigualmente a los desiguales⁴. La equidad se quebranta cuando pacientes con niveles de necesidad diferentes son tratados de igual forma, es decir, experimentan tiempos de espera similares fijados, por ejemplo, por el único criterio del orden de llegada. La equidad exige aplicar también otros criterios o variables en función de las circunstancias del enfermo.

Ahora bien, la coexistencia de criterios de priorización (clínicos, funcionales y sociales) provoca en la práctica clínica cotidiana una pronunciada casuística, contribuyendo a una acentuada alternancia de las variables acompañada de una total falta de transparencia en la elección y aplicación de los criterios.

Los criterios para hacer triaje en urgencias, para priorizar en el acceso y utilización de recursos escasos, y para organizar y gestionar listas de espera, suelen ser de dos tipos: igualitarios, que no tienen en cuenta las características individuales de las personas y sus circunstancias sociales, y utilitaristas, que las tienen en cuenta. Ahora bien, todos los criterios y variables de priorización que se utilizan tienen luces y sombras, son discutibles desde la óptica de la moral y de la ética pues marginan a personas, que no pueden evitar la insatisfacción moral que previsiblemente les genera ser marginado. Suelen combinarse con el objetivo de cumplir en el mayor grado posible los principios de equidad y de justicia distributiva. Las variables normalmente utilizadas son las siguientes: a) variables clínicas tales como el orden de llegada, la gravedad de la patología, la eficacia de la intervención, la capacidad de beneficiarse de la intervención (dar prioridad a los enfermos cuya expectativa de mejora sanitaria es mayor medida en términos de años y calidad de vida ganados -fórmula AVAC-), el carácter invalidante de la enfermedad, etc.⁵; b) variables sociales tales como la edad, la utilidad social de la persona, las cargas familiares,

1 El triaje es un proceso de valoración clínica preliminar utilizado en urgencias que lleva implícito la clasificación de los pacientes en niveles de urgencia o prioridad, que normalmente lo hacen profesionales de enfermería. La priorización de pacientes es un concepto algo más amplio y, fuera de urgencias, en UCIs y otros servicios normalmente lo hacen los médicos. No obstante, en la literatura se utilizan ambos vocablos indistintamente y con similar significado. Sobre el triaje véase W. SOLER et al. “El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias” en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol.33, supl.1, 2010, pp. 55-68.

2 Véase SAN MIGUEL INZA, F., SÁNCHEZ IRISO, E., CABASÉS HITA, J. M., 2008, “Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta”, en *Gaceta Sanitaria*, volumen 22, núm. 2, 2008, pp. 90-97. El objetivo principal del trabajo es establecer un sistema de priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas programadas, en función de un conjunto de criterios tanto clínicos como sociales.

3 URBANOS-GARRIDO, R., 2016, “La desigualdad

en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad” en *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, núm. 1, pp. 25-30; YUGUERO TORRES, O., “Aspectos éticos en la gestión de la salud”, en *Acta Sanitaria* de 29 de junio de 2018, disponible en: <https://www.actasanitaria.com/aspectos-eticos-en-la-gestion-de-la-salud/>

4 Es doctrina del Tribunal Constitucional (STC 128/1987, de 16 de julio) reiterada posteriormente que “el principio de igualdad permite el tratamiento desigual ante situaciones de hecho desiguales.”

5 La gravedad de la enfermedad, la rapidez de su progresión, el tiempo de espera y el dolor son los criterios considerados más importantes y los más utilizados para la priorización de la atención a los pacientes en los servicios de urgencias. Datos tomados de MARTÍN-FUMADO, C. et al. “Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia del Covid-19”, en *Revista Española de Medicina Legal*, 46 (3), 2020, p. 121.

el deterioro cognitivo por demencia u otra enfermedad neurodegenerativa, limitaciones en la vida cotidiana, la imposibilidad de trabajar por causa de la enfermedad, la conducta individual o nivel de responsabilidad, el apoyo o no por familiares, etc. Las variables clínicas y sociales pueden tener mayor o menor valor, o no tener ninguno, según la patología de que se trate⁶. Al margen de estas variables, también es frecuente el nepotismo, esto es, un trato de favor por el profesional sanitario hacia familiares y amigos.

Los criterios de priorización tienen un fuerte componente ético ya que no son moralmente inocuos puesto que frecuentemente acaban beneficiando a una persona y perjudicando a otra sin que siempre haya una buena razón que lo justifique⁷. En fin, en aplicación de la ética de costes, que exige establecer prioridades asistenciales persiguiendo la mayor utilidad y eficiencia posible en relación con los limitados recursos económicos y humanos disponibles, ¿cabe considerar como objetivas y razonables discriminaciones negativas por razón de la edad, por ser alcohólico o positivas por tener mayores cargas familiares, por la utilidad social de la persona, por ejemplo? De entrada, puede afirmarse que la vida de un anciano, la de un niño, la de una persona sin cargas familiares, la de una persona con muchas cargas familiares, la de una persona drogadicta o no drogadicta, son igual de valiosas y que, por ello, merecen la misma consideración asistencial, pero también puede sostenerse que esas circunstancias personales, en el marco de un escenario de recursos escasos y atendiendo al principio de justicia distributiva, permiten darles prioridades bajas en las listas de espera (ancianos, drogadictos, tratamientos que reportan escasa utilidad, etc.) o prioridades altas (niños, personas con mayores cargas familiares, etc.) o excluirles de determinados programas asistenciales (trasplantes de órganos).

Los principios de equidad, justicia distributiva y eficiencia exigen tomar algunas veces decisiones

6 ABAD ROMERO, P., ÁLVAREZ GARCÍA, B., RODRÍGUEZ MÍGUEZ, E., RODRÍGUEZ SAMPAYO, A., 2006, "Preferencias sociales en las decisiones públicas: priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas", en *Revista de Economía Pública*, núm. 179, pp. 113-134, describen estos ejemplos: "el dolor es una variable que puede tener mucha importancia a la hora de priorizar pacientes que están esperando una prótesis y es irrelevante para gestionar las listas de espera de cataratas. Por otra parte, existen algunas variables sociales que pueden ser importantes en una patología y no en otra. Así, el hecho de que el paciente tenga o no a alguien que lo cuida puede tener importancia cuando la enfermedad genera una incapacidad severa del paciente durante la espera y, sin embargo, puede ser irrelevante cuando esto no ocurre".

7 PUYOL GONZÁLEZ, Á., 2014, "Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis" en *Derecho y Salud*, vol. 24, Extraordinario XXIII Congreso 2014, pp. 6-13.

muy difíciles como lo es la reasignación del recurso escaso, es decir, decidir privar de un recurso a un paciente que ya lo está utilizando, pero que tiene pocas opciones de sobrevivir, para adjudicárselo a otro que también lo necesita y tiene buenas opciones de salir adelante si llega a acceder al recurso. Aquí choca el principio de eficiencia sanitaria con derechos humanos como el derecho de los enfermos a la asistencia sanitaria. Al respecto, PUYOL GONZÁLEZ⁸ se pregunta si tiene derecho un moribundo a "reclamar todos los recursos disponibles y caros para alargar su vida unas pocas semanas si con esos recursos se puede mejorar la salud de muchas personas." Es una pregunta que no tiene una contestación fácil, y menos cómoda, pero que el sistema público ha de hacerse y darle una respuesta normativa, como razonaré más adelante.

Para la aplicación de las variables es importante diseñar un sistema de priorización de pacientes objetivo, estable y transparente. Los estudiosos de esta temática abogan por la aplicación de sistemas de asignación de puntos a las variables⁹, sistemas que no están institucionalizados en nuestro país pero que sí se utilizan en diversos países¹⁰. Las variables se combinan dando lugar a los llamados "sistemas mixtos de puntos"¹¹.

8 "Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis" en *Derecho y Salud*, vol. 24, Extraordinario XXIII Congreso 2014, p. 8.

9 "Los sistemas de puntos se fundamentan en un principio compensatorio, esto es, se basan en la premisa de que, existiendo más de una variable relevante para el establecimiento de prioridades, un paciente peor situado con respecto a un determinado criterio puede ver compensado este déficit con una mejor posición respecto de otra u otras variables. Todos los sistemas de puntos tienen en común el hecho de combinar en un único valor o puntuación total las valoraciones asignadas a las diversas variables o atributos que se consideran relevantes para establecer prioridades. Sin embargo, la forma de agregar las valoraciones de los diferentes criterios de prioridad permite distinguir entre sistemas lineales y sistemas no lineales. En el primer caso, la puntuación agregada es una combinación lineal de los valores asignados a cada atributo. En el segundo caso, la agregación de las valoraciones es no lineal; por ejemplo, multiplicativa." Párrafo transcrito del informe elaborado por SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I., ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M., MARTÍNEZ PÉREZ, J. E., MÉNDEZ MARTÍNEZ, I., 2009, *Sistemas lineales de puntos para la gestión de listas de espera sanitarias*, Universidad de Murcia, p. 33, disponible en: https://sms.carm.es/.../0/...listas_espera.../68d3df8a-4534-43a7-b730-a428d26db498

10 Véase al respecto, ABAD ROMERO, P. et al., "Una aplicación de los sistemas de puntos en la priorización de pacientes en lista de espera quirúrgica", Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Vigo, 2006, disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28124588_Una_aplicacion_de_los_sistemas_de_puntos_en_la_priorizacion_de_pacientes_en_lista_de_espera_quirurgica

11 "Los llamados «sistemas mixtos» combinan diversos criterios para establecer prioridades entre pacientes en listas de espera y, entre éstos, destacan los «sistemas lineales de puntos». A partir de la experiencia pionera del sistema de asignación de órganos para trasplantes en Estados Unidos, la validez y la factibilidad de estos sistemas de puntos viene investigándose

Finalmente, obligado es señalar que el acceso preferente a recursos sanitarios a veces no está en manos de los profesionales sanitarios sino de los propios enfermos. No es infrecuente que la prioridad venga determinada por las circunstancias socioeconómicas de los enfermos o por su nivel cultural en lugar de por una decisión clínica aplicando criterios de priorización preestablecidos en protocolos. Como oportunamente se ha escrito¹², los miembros más vulnerables o desfavorecidos de la sociedad suelen ser relegados y acaban esperando más, sin que haya información suficiente para poder afirmar si la mayor espera de esos enfermos se debe a que los profesionales discriminan, siquiera sea inconscientemente, o porque tienen menos habilidad para transmitir o reivindicar la urgencia de su caso.

1.2 Examen de algunas concretas variables

Seguidamente se explicitan con cierto detalle, a título de ejemplos, las luces y sombras de cuatro de estas variables: el orden de llegada, la edad de la persona, la utilidad social de la persona y la responsabilidad individual.

a) Orden de llegada. PUYOL GONZÁLEZ¹³ relata que es un criterio imparcial y que difícilmente puede ser tratado de injusto, pero que no está exento de problemas pues, *“en ocasiones, el primero que llega o el que lleva más tiempo en la lista de espera no es el enfermo más grave o el que padece más sufrimiento o que tiene una mayor capacidad de beneficio de los recursos sanitarios”*, y, además, discrimina a enfermos *“que, por motivos culturales, educativos o de otro tipo, no tienen la misma habilidad, agilidad o recursos que otros para acceder a las listas de espera”*. En fin, advierte ORTÚN RUBIO¹⁴ que *“este criterio de priorizar por tiempo de*

desde hace aproximadamente una década en el Reino Unido, Nueva Zelanda o Canadá. Los sistemas lineales de puntos incorporan criterios clínicos (gravedad, pronóstico), funcionales (capacidad laboral y para realizar actividades cotidianas) y sociales (existencia de cuidadores o de personas dependientes).” Párrafo transcrito del trabajo de SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I., ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M., MARTÍNEZ PÉREZ, J., 2008, *“¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales”*, en *Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre salud*, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, suplemento 1, p. 133.

12 RODRÍGUEZ, M., 2009, *Desigualdades en salud, priorización y listas de espera* en la obra colectiva *Lista de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, núm. 18, p. 25.

13 PUYOL, Á., 2009, *“Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”*, en la obra colectiva *Lista de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, núm. 18, p. 35.

14 ORTÚN, V., PINTO, J. L., PUIG, J., 2001, *“El establecimiento de prioridades”* en *Atención Primaria*, núm. 27, p. 675.

espera no introduce consideraciones ni de efectividad (¿quién puede beneficiarse más?) ni de equidad”. Y, en efecto, se ha señalado anteriormente que la equidad sanitaria implica tratar igual a los iguales y desigualmente a los desiguales, pero con la aplicación exclusiva del orden de llegada se trata a pacientes diferentes de forma igual al resto de pacientes, dando lugar a dar prioridad a pacientes de menor urgencia, atendiendo a la gravedad de su situación, o a pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación.

Así pues, aplicar exclusivamente el orden de llegada puede quebrar los principios de eficiencia y de equidad, por lo que muy frecuentemente ha de combinarse con otras variables clínicas o sociales.

b) Edad. Se manejan¹⁵ dos criterios para introducir la edad como variable en el triaje o en la priorización de enfermos.

De un lado, su utilización como un criterio independiente de manera que la edad, en sí misma considerada, será el dato a la hora de asignar un recurso escaso. Se justificaría en base a la igualdad en los “ciclos de vida”, lo que justificaría priorizar a los jóvenes frente a los ancianos. DE LORA Y ZÚÑIGA FAJURI¹⁶ describen los argumentos que se manejan para postergar a los ancianos en favor de niños o jóvenes: a) criterio de necesidad: la persona que va a morir habiendo tenido menos vida en el momento de morir es la más necesitada de vida biológica y de proyecto de vida a realizar; b) criterio economicista: los más necesitados, los jóvenes si son atendidos sanitariamente, garantizan un mejor resultado (la vida tendría una utilidad marginal decreciente); c) criterio de reparto justo: *“usando los recursos que se podrían gastar en prolongar la vida de los ancianos para tratar a pacientes jóvenes, se incrementan las opciones de que cada uno pueda vivir un “tiempo de vida normal” (las políticas sanitarias no serían injustas si tratan a jóvenes y ancianos de modo diferente, en la medida en que cada persona es atendida del mismo modo en el curso del tiempo de una vida)”*.

Do otro lado, la edad se utilizaría, no como criterio único, sino dependiente o complementario de otro criterio, es decir, como un dato que permite ofrecer información acerca de otro criterio más relevante. Por ejemplo, las personas jóvenes tienen

15 Muy bien descritos por RIVERA LÓPEZ, E. et al *“Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de Covid-19”*, en *Revista de Bioética y Derecho*, 2020, nº 50, p. 49.

16 DE LORA, P. y ZÚÑIGA FAJURI, A., 2009, *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Lustel, pp. 276 a 279.

más probabilidades de responder favorablemente a un tratamiento y, por ende, de sobrevivir a la enfermedad, que los ancianos.

Los utilitaristas inferen que la priorización -no asignación o reasignación de un recurso escaso- basada en la edad parece moralmente justificada, tanto utilizada como criterio independiente como dependiente. El Comité de Bioética de España, como veremos más adelante, admite que la edad pueda ser un criterio de priorización válido, aunque no de exclusión. En efecto, aplicando el principio de equidad, desde la óptica social las personas más jóvenes deben tener prioridad frente a las ancianas ya que no han tenido oportunidad de desarrollar una vida completa, y toda persona tiene derecho a vivir similar número de años y con una calidad de vida semejante¹⁷, y, además, desde la óptica clínica tienen más capacidad para superar la enfermedad. En fin, es discriminatorio poner con carácter general un tope de edad para el acceso a recursos escasos, pero postergar a un anciano en favor de un joven en el acceso inmediato a un único soporte vital disponible, aún a riesgo de que el anciano termine muriendo antes de poder acceder al soporte, no es discriminatorio pues es éticamente correcto¹⁸.

17 CALLAHAN, D. considerado como el decano de la Bioética, en su libro traducido al español con el título

Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece, Triacastela, 2004, opina que la primera tarea de una sociedad es que los jóvenes tengan la posibilidad de llegar a viejos, por encima de ayudar a los viejos para que lo sean más.

Sobre la intuición moral que sustenta esta posición sobre ancianos y jóvenes, PUYOL GONZÁLEZ, A., “Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”, en el libro colectivo, *Lista de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifol i Lucas, nº 18, 2009, p. 38. PUYOL ha escrito que *ninguna cultura moralmente madura sacrifica a sus hijos para lograr mayor bienestar para los mayores, pero sí permite lo contrario*.

La Proposición de Ley integral para la igualdad de trato y no discriminación, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, admitida a trámite por la Mesa de la Cámara el 25 de enero de 2021 y publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 29 de enero de 2021, en su artículo 2.1, tras proscribir la discriminación por razón de edad, en el apartado 2 establecía que *no obstante lo previsto en el apartado anterior, podrán establecerse diferencias de trato por razones de edad cuando los criterios para la diferenciación sean razonables y objetivos y lo que se persiga es lograr un propósito legítimo o así venga autorizado por norma con rango de ley*.

En el marco de la pandemia de la Covid-19, respecto de la edad y la utilidad social véanse las recomendaciones que formulan HORTAL-CARMONA et al., “La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia”, en *Gaceta Sanitaria*, 2021, vol. 35, nº 6, pp. 525-533.

18 El artículo 14 CE proscribire discriminaciones por circunstancias personales, si bien, el Tribunal Constitucional ha insistido en que la igualdad jurídica que predica el referido artículo no implica en todos los casos un tratamiento igual. Afirma que la prohibición de discriminación contenida en dicho artículo no puede ser entendida de un modo tan rígido que las circunstancias personales como la edad no puedan ser tomadas nunca en consideración cuando tales circunstancias son relevantes para la finalidad legítima perseguida (STC 69/1991, de 8 de abril).

El artículo 15.2 de la reciente Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, dedicado al ámbito de la atención sanitaria, proscribire la discriminación por razón únicamente de la edad, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen. Una interpretación literalista de este precepto ante la disyuntiva de decidir a quién se le asigna el único ventilador mecánico disponible en una UCI, conduciría a asignar el recurso a una persona de 90 años o más, que, aunque tenga un pronóstico favorable por el uso de ese soporte vital, no obstante, le quedan muy pocos años de vida pues ya ha agotado su vida biológica, postergando o excluyendo del recurso a una persona joven que tiene la mayor parte de su vida biológica por delante y un proyecto de vida a realizar, exclusión que probablemente le causará la muerte, por la simple razón de que entró un minuto más tarde en la UCI. Empero, aplicando simplemente el criterio de “orden de llegada”, asignar un soporte vital un anciano en lugar de a un joven porque la edad cronológica por sí sola no debe ser un motivo de postergación, me parece profundamente inicuo por contrario al principio de equidad y justicia distributiva. Y creo que no es la teleología de este artículo. Lo que este artículo proscribire es, por ejemplo, poner un tope de edad para la práctica de mamografías para el diagnóstico preventivo de cáncer de mama, o para acceder a determinados tratamientos.

c) Utilidad social de la persona. En torno al valor o utilidad social de la persona se manejan dos pautas¹⁹: valor social en sentido amplio y valor instrumental.

El valor social en sentido amplio atendería a los méritos de la persona en su contribución a la sociedad. Este criterio parece totalmente descartable por resultar incompatible con el derecho a la no discriminación. Por ello, características de los pacientes tales como ser una persona profesionalmente prominente frente a una persona sin prominencia alguna, su mayor capacidad de trabajar y producir por no tener una discapacidad frente al que la tiene²⁰, u otras características personales o profesionales, al objeto de darles un trato preferente, no deben ser tenidas en cuenta pues son jurídica y éticamente muy discutibles ya que todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana.

19 Sigo a ROMEO CASABONA, C. y URRUELA MORA, A. “La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del Covid-19”, en *Revista de Bioética y Derecho*, 2020, nº 50, p. 106.

20 Tradicionalmente, se ha atribuido menor valor o utilidad social a las personas con discapacidades. Incluso en el ámbito sanitario hay un sesgo generalizado contra la discapacidad entre los profesionales médicos basado en criterios ideológicos y no científicos.

El valor instrumental atendería fundamentalmente a la situación de una persona que asume tareas esenciales para el conjunto de la sociedad. Es, por ejemplo, el caso del personal sanitario que atiende a personas enfermas en centros sanitarios. Su valor instrumental es evidente por la elemental razón de que es imprescindible para poder garantizar la asistencia sanitaria de los enfermos que la necesitan. El sistema sanitario no puede permitirse perder profesionales sanitarios cuando sea evitable. De ahí que difícilmente se pueda cuestionar desde la ética que por razón de su utilidad o valor social se priorice en el acceso a la asistencia a los profesionales sanitarios contagiados durante su labor asistencial. Es también, como veremos, el caso de pacientes con niños a su cargo o el de trabajadores de servicios críticos o esenciales para la comunidad.

El criterio del valor instrumental tampoco está exento de objeciones. La principal objeción es, atendiendo al tiempo de recuperación y de reincorporación a su puesto de trabajo -frecuentemente algunas semanas-, el escaso provecho o beneficio social obtenido, que no compensa moralmente el favoritismo que conlleva utilizar el valor instrumental de una persona para priorizarle.

d) Responsabilidad personal. El principio de justicia distributiva requiere que la persona sea consciente de las elecciones voluntaria y responsablemente tomadas asumiendo los costos de sus propias acciones o elecciones susceptibles de reconducirse a la voluntad libre. Como señala el Comité de Bioética de España²¹ la persona es causalmente responsable de su estado de salud y autónoma en sus decisiones, y “*causalidad y autonomía son el fundamento de la aplicación del principio de responsabilidad en el ámbito sanitario.*” El que una persona sea voluntariamente irresponsable en el cuidado de su salud, o en la evitación de accidentes con daños físicos, no implica que sea moralmente válido negarle la asistencia sanitaria que requiera, pero sí puede serlo darle una prioridad baja en las listas de espera salvo que necesite una asistencia de urgencia. Ahora bien, qué criterios se han de utilizar para medir el nivel de responsabilidad individual partiendo del hecho de que la responsabilidad individual está muchas veces condicionada por factores genéticos, sociales, nivel de ingresos, etc. Advierten los autores que han estudiado esta variable²² que obesos,

fumadores, alcohólicos, etc. en muchos casos no son “culpables” porque las causas de su mal llamado “estilo de vida” se encuentran en los determinantes sociales de la salud, en los condicionantes del entorno físico y social en que viven esas personas. No pueden aplicarse los mismos estándares para medir el nivel de responsabilidad individual a un obeso o a un alcohólico que a una persona que libremente decide correr en los encierros de sanfermines, hace deporte de alto riesgo, o conduce temerariamente. A estos, desde luego no puede negárseles la asistencia sanitaria que requieran como consecuencia directa de esas prácticas de riesgo, pero podría postergarse esa asistencia si no es urgente o exigirles un copago por recibirla.

II. LEGISLACIÓN VIGENTE FIJANDO CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en su artículo 35 establece:

Protección de la salud

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

Como puede apreciarse de su lectura, comienza el artículo estableciendo que “toda persona tiene derecho a ...”. Está refiriéndose, por tanto, a todas las personas físicas, sin diferenciar entre nacionales de los Estados miembros y de terceros estados, ni entre los que tienen una situación de residencia regular o irregular. La situación jurídico-administrativa es, pues, irrelevante. También establece que el derecho se ejercerá “en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”, lo que implica que no tiene efecto directo ya que requiere del complemento del Derecho nacional. Conforme a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, actúa como un principio inspirador y no como un derecho individual invocable. En definitiva, será el Derecho de cada país de la UE el que establezca, en su caso, un sistema de prioridades en el acceso a la asistencia sanitaria.

Situándonos, pues, en el ámbito de nuestro Derecho, en lo que hace a la normación de criterios de priorización de pacientes, a nivel estatal tenemos el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. Su artículo 3.1 establece que:

21 Informe sobre la financiación pública del medicamento profilaxis preexposición (PrEP) en la prevención del VIH, 2016, p. 55.

22 DE LORA, P. y ZÚÑIGA FAJURI, A., 2009, *ibidem*, pp. 285-292; GONZÁLEZ LÓPEZ DE VALCÁRCEL, B. “Sobre la polémica priorización en listas de espera en el Reino Unido” en SESPAS *Criterios de priorización listas de espera*, septiembre de 2016.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establecerá criterios de priorización de pacientes en lista de espera en primeras consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas. Hasta que queden aprobados esos criterios²³, se tendrán como referencia los contenidos en el anexo III.

El Anexo III dispone:

Prioridades en la inclusión de los pacientes en la lista de espera quirúrgica. Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días. Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días. Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

Más tarde, el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, estableció en su artículo 20.1 que para el desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se tendrá en cuenta la *eficacia, alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo*²⁴. Ahora bien, este precepto, que contempla variables sociales, se refiere a la ordenación de las prestaciones sanitarias, no a la priorización de pacientes.

Para el ámbito de los trasplantes de órganos, el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, regulador de las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante, respecto de la asignación de órganos establece en su artículo 13.1 que se realizará por criterios clínicos, de equidad, calidad, seguridad y eficiencia, añadiendo que en los criterios de asignación se contemplarán aquellas situaciones en que exista riesgo vital inmediato. No dice nada más respecto a la evaluación y, en su caso, priorización de receptores de órganos²⁵.

23 En lo que conozco, el Consejo Interterritorial del SNS nunca ha establecido los criterios de priorización.

24 SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. et al, “¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales”, *Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre salud*, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, suplemento 1, 2008.

25 Debido a que el número de enfermos que esperan un trasplante supera al número de órganos disponibles, se impone realizar siempre algún tipo de selección de receptores entre toda la lista de espera. Esta selección se realiza siguiendo los criterios definidos por las organizaciones de trasplantes y las sociedades científicas. La finalidad principal es lograr que el beneficio del trasplante sea máximo merced a conseguir una

Finalmente, obligado es citar el artículo 15, apartados 2 y 6, de la reciente Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Dicen así:

Artículo 15. Derecho a la igualdad de trato y no discriminación en la atención sanitaria.

(...)

2. Nadie podrá ser excluido de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la concurrencia de una discapacidad, por encontrarse en situación de sinhogarismo, por la edad, por sexo o por enfermedades preexistentes o intercurrentes, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen.

(....)

6. Nadie podrá ser apartado o suspendido de su turno de atención sanitaria básica o especializada en condiciones de igualdad, ni ser excluido de un tratamiento sanitario por ausencia de acreditación documental o de tiempo mínimo de estancia demostrable.

El apartado 2 no habla de la priorización de un paciente sobre otro en la atención sanitaria, sino de la exclusión de una persona de un tratamiento o protocolo de actuación por las razones personales que enumera. Con la priorización se trata de dar preferencia a un paciente sobre otro en la asistencia sanitaria, no de negar al segundo esa asistencia sanitaria sino de posponerla siempre que se pueda, o, en último extremo, de sustituirla por otra quizás menos efectiva o simplemente paliativa. Por ejemplo, así como en la vacunación frente a la Covid-19 se trataba, no de excluir, sino de priorizar en el tiempo pues todos accederían a la vacuna antes o después, por el contrario, la asignación de un ventilador en la UCI es más dramática pues no se trata de una priorización de tiempo como en la vacuna, sino prácticamente de exclusión, de elegir a un paciente postergando a otro con la consecuencia de generarle un alto riesgo de muerte por no poderle asignar

mayor supervivencia y un óptimo beneficio para el receptor. En el caso del trasplante renal donde la lista de espera es mayor, la selección del receptor se realiza con la ayuda de un programa informático que valora los siguientes criterios objetivos de mayor a menor importancia: 1 Urgencia; 2. Edad del menor; 3. Hiperinmunizados; 4. Compatibilidad inmunológica HLA; 5. Tiempo de espera

En el caso de otros órganos como corazón, hígado, pulmón, páncreas, son criterios principales de selección el grado de urgencia, el tamaño del órgano, grupo sanguíneo y tiempo de espera. Habitualmente en estos casos no se valoran criterios de compatibilidad inmunológica.

el soporte vital a tiempo. En la UCI con cierta frecuencia la priorización-exclusión consiste, de facto, en decidir quien vive y quien muere. Por tanto, en este contexto, la exclusión es también una forma de priorización. Finalmente, la más dramática es la decisión de excluir definitivamente de un determinado tratamiento o de un determinado nivel de prestación asistencial a personas por sus particulares circunstancias (por ejemplo, no derivación hospitalaria para cuidados intensivos de ancianos ingresados en residencias mayores de 80 años con coronavirus, como sucedió durante la primera ola de la pandemia de la Covid-19).

Ahora bien, una decisión de priorización, no de exclusión, también puede ser discriminatoria. Se han identificado criterios de priorización que se califican en sí mismos de discriminatorios o que pueden generar discriminación, tales como la edad, el valor social de la persona, el de la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada, el deterioro cognitivo por demencia, etc., por traslucir una filosofía utilitarista no respetuosa de los principios éticos que deben presidir cualquier priorización.²⁶ Pero cuando se respetan los principios éticos, los criterios de priorización de pacientes utilizados, clínicos o sociales, no son discriminatorios.

Por su parte, el apartado 6 habla de ser excluido o suspendido de un tratamiento o de su turno de atención por ausencia de acreditación documental o de tiempo mínimo de estancia demostrable. Tampoco se trata de una cuestión de priorización de pacientes, sino de denegar o no la asistencia sanitaria por el hecho de que la persona no reúna los requisitos exigidos legal o reglamentariamente.

En el ámbito legislativo de las Comunidades Autónomas, disponemos de las siguientes normas:

La Ley 12/2013, de 9 de diciembre, de garantías de prestaciones sanitarias, de Galicia. Su artículo 5 establece:

1. Los pacientes que requieran atención sanitaria hospitalaria, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema público de salud de Galicia, y para los procedimientos y situaciones clínicas que así se determinen en el desarrollo reglamentario de la presente ley, tendrán garantizada esa atención en los tiempos máximos que se indican:

- a) 60 días en las intervenciones quirúrgicas.
- b) 45 días en las consultas externas.
- c) 45 días en las pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

2. El Servicio Gallego de Salud implantará un sistema de clasificación en prioridades basado en aspectos clínicos, funcionales y sociales del paciente, y desarrollará instrumentos que aseguren su aplicación homogénea en su ámbito territorial.

3. Las situaciones clínicas en que se aplicarán los tiempos máximos de espera se registrarán por los siguientes criterios:

- a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.
- b) Efectividad de la atención sanitaria: actuaciones que aumenten la supervivencia, disminuyan la discapacidad o mejoren la calidad de vida del usuario.
- c) Oportunidad de la atención sanitaria: actuaciones tempranas que favorezcan la recuperación de la funcionalidad o eviten la progresión de la enfermedad o sus secuelas.

4. El Servicio Gallego de Salud establecerá los tiempos máximos de los procedimientos y situaciones clínicas garantizadas en función de la prioridad asignada por el facultativo, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el punto anterior, y establecerá los procedimientos necesarios para asegurar su aplicación homogénea en los centros hospitalarios.

Podemos comprobar que el apartado 2 de este artículo habla de un sistema de clasificación basado en criterios clínicos, funcionales y sociales, pero sin explicitarlos. Esta Ley ha sido desarrollada por el Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas. Sin embargo, se abstiene de explicitar los criterios sociales de priorización.

La Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Su artículo 3.2. dispone que el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha establecerá, para la adecuada priorización de los pacientes que

²⁶ RUIZ-HORNILLOS J. et al. "Priorización de recursos sanitarios en contextos de escasez. Informa SESPAS 2022" en Gaceta Sanitaria, 2022, vol. 36, 1, p. 553.

están en lista de espera para patología programada y no urgente, los siguientes criterios:

- a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: patologías que en su evolución posterior originan riesgo vital o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.
- b) Eficacia de la intervención: la intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.
- c) Oportunidad de la intervención: su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.
- d) Carácter invalidante de la enfermedad, que suponga la imposibilidad, al paciente afectado, para trabajar.

3. A partir de estos criterios, se establecerán, reglamentariamente niveles de priorización y tiempos de garantía mínimos.

Como puede observarse, se limitan a establecer algunas variables clínicas²⁷, lo que no quiere decir que en la práctica no se utilicen otras variables sociales.

Lo que sí han regulado mediante ley o reglamento tanto el Estado como la mayoría de las Comunidades Autónomas, son los tiempos de espera máximos para el acceso a las prestaciones sanitarias, aunque en la práctica con resultados muy pobres pues se incumplen sistemáticamente los tiempos máximos establecidos.²⁸

III. POSICIONAMIENTOS ÉTICOS EN TORNO A LA PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

3.1 Corrientes filosóficas

27 Un comentario de esta Ley en LOMAS HERNÁNDEZ, V., "Aspectos más relevantes de la ley 3/2014, de 21 de julio, de Garantía de la Atención Sanitaria y del Ejercicio de la Libre Elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha", en *Revista Aranzadi Doctrinal*, 2014, nº 7, pp. 55-66. Véase también PACHECO JIMÉNEZ, Mª N., "La Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del servicio de salud de Castilla-La Mancha. ¿Qué hay de nuevo?", en *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 2014, nº 11, p. 266

28 Un completo estudio de esta normativa por MARTÍNEZ NAVARRO, J. A., 2015, "Las listas de espera y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud" en el libro colectivo dirigido por PÉREZ GÁVEZ *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, S.L., pp. 199-218.

Pueden identificarse dos corrientes filosóficas contrapuestas en torno a la priorización de pacientes.

A) La humanitarista (neokantiana), que se apoya en la dignidad del ser humano²⁹ y en los derechos fundamentales que le son inherentes. Para esta corriente el ser humano es un fin no un medio, por lo que todas las vidas tienen el mismo valor y los derechos inalienables de las personas no pueden estar sujetos a ningún cálculo de mayores o menores beneficios. En el ámbito de la bioética esta doctrina se concreta en la corriente principialista: las decisiones clínicas deben estar presididas por los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva. Así, los principios éticos a tener en cuenta en situaciones de priorización o triaje de pacientes en UCI o en pandemias son aquellos que respeten la autonomía, la justicia, la beneficencia y no maleficencia.

La corriente humanitarista admite que en la tensión que se produce entre los intereses colectivos y los individuales, es moral y éticamente correcto imponer restricciones al ejercicio de derechos fundamentales de los ciudadanos, pero siempre dentro del principio de proporcionalidad y sin que quede comprometido el contenido esencial de los derechos constitucionalizados. Proscribe, pues, la aplicación de variables en la priorización de pacientes que conlleven una clara discriminación o vulneración de un derecho humano o de la dignidad inherente a todo ser humano, como lo sería la aplicación sin más de la variable de la utilidad social de la persona, o el hecho de padecer una discapacidad.

B) La utilitarista -versión de la teoría consecuencialista- se apoya en un realismo pragmático pues busca maximizar el beneficio en la utilización de los recursos escasos. Prima lo colectivo sobre lo individual. No toma en consideración, de una manera expresa, los derechos humanos o los relativiza en pos de la eficiencia en la toma de decisiones. La

29 El concepto de dignidad es de difícil delimitación. El TC, en la Sentencia 53/1985, entendió que la dignidad de la persona proclamada por el art. 10.1 CE es el *germen o núcleo de unos derechos que le son inherentes*. La excesiva imprecisión con la que manejan el TC y la doctrina filosófica el concepto de dignidad, lo hacen un concepto polisémico y ambiguo, hasta el punto de que ha servido y sirve para defender una posición y la contraria. Buen ejemplo es la eutanasia en la que lo utilizan tanto sus defensores como sus detractores para fundamentar sus posiciones a favor o en contra. Ruth MACKLIN, en 2003, escribió un demoledor artículo afirmando que la dignidad es un concepto inútil en la ética médica: "*Dignity is a useless concept*" en *British Medical Journal*, 2003;327:1419. Una buena parte de bioeticistas comparten esta opinión de Macklin. Sobre esta polémica, véase MARÍN CASTÁN Mª. L. "En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO" en *Revista de Bioética y Derecho*, nº 31, 2014, pp. 17-37.

reasignación de un recurso es perfectamente admisible si se quiere maximizar el número de supervivientes. Incluso conforme a esta doctrina es moralmente correcto dejar morir a una persona si con eso salvamos la vida de otras personas, esto es, si se obtiene un bien mayor.

Para el utilitarismo son elementos clave el número de pacientes que sobreviven y los años de vida ganados con calidad. Para lograr estos objetivos considera éticamente correcto utilizar variables sociales como la edad, la utilidad social, las mayores o menores cargas familiares, la supervivencia libre de discapacidad, etc. Empero, esta opción obliga a marginar a las personas más débiles, (ancianos, enfermos terminales, personas con discapacidad, etc.)

La principal crítica que se hace a esta doctrina es, en palabras de Federico DE MONTALVO³⁰, *“que ignora el imperativo categórico kantiano, que ha conformado el concepto universal y secularizado de dignidad humana, y que prohíbe utilizar a las personas exclusivamente como medios para los fines de otros. La compensación interpersonal de las vidas humanas entre sí, con el fin de maximizar unos presuntos beneficios colectivos, es incompatible con la primacía de la dignidad humana.”* En fin, se afirma que el utilitarismo ignora que la persona es portadora de derechos humanos inalienables que no están supeditados a ningún tipo de cálculo. Ante las críticas que siempre ha padecido esta doctrina, los teóricos de la bioética afirman que el principio de utilidad es válido pero que por sí solo es insuficiente por lo que fraccionan la corriente en dos variantes: el “utilitarismo de regla” frente al “utilitarismo de acto”, de manera que el utilitarismo puede legitimarse siempre que esté modulado por una serie de principios bioéticos -utilitarismo de regla³¹.

La corriente humanitarista es dominante en bioética, pero lo cierto es que, en la práctica clínica en urgencias, en UCI, etc., de facto no lo es tanto pues a la hora de asignar recursos escasos se manejan variables ajenas a esa corriente. En la priorización de pacientes por desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitario, es frecuente una tensión entre la doctrina utilitarista (obtener el máximo beneficio respecto a los pacientes atendidos y salvados en comparación con los postergados) y la humanitarista

(toda persona en estado de gravedad merece recibir el tratamiento vital que corresponda en igualdad de condiciones al resto de pacientes, siendo la postergación éticamente admisible solo por aplicación de variables estrictamente clínicas).

Esta tensión se ha producido de una forma brutal durante la pandemia de la Covid-19, por lo que se dedica el siguiente apartado a describirla.

3.2 Recomendaciones éticas formuladas por distintas entidades con motivo de la pandemia de la Covid-19

Las instituciones sanitarias y las sociedades y entidades médicas tienen elaborados protocolos para hacer triaje en urgencias, asignación de recursos escasos en UCI, etc., y para gestionar listas de espera. No obstante, la pandemia de la Covid-19 ha agudizado esta problemática a niveles insospechados, lo que durante el año 2020 ha provocado diversos, apresurados y sucesivos pronunciamientos al respecto, que resumo seguidamente.

1º. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, el 20 de marzo de 2020 aprobó y publicó unas *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos*.³² Partiendo de que en una situación de pandemia prevalece el principio de justicia distributiva y la maximización del beneficio global, la Sociedad recomienda como criterios para establecer las prioridades entre otros: a) la edad biológica, b) la mayor esperanza de vida con calidad, c) el valor social de la persona, d) en personas mayores la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada, d) personas a cargo del paciente para tomar decisiones maximizando el beneficio del máximo de personas.

Comprobamos, pues, que en base a la escasez de recursos admite limitar el derecho a la protección de la salud de individuos aplicando criterios propios de la doctrina utilitarista.

Este informe provocó de forma inmediata un intenso debate ético, siendo criticado por su sesgo utilitarista desde distintas instituciones³³.

30 DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. y BELLVER CAPELA, V. (2020). “Priorizar sin discriminar: la doctrina del Comité de Bioética de España sobre derechos de las personas con discapacidad en un contexto de pandemia”, en *IgualdadES*, 3, p. 325.

31 GRACIA GUILLEN D., *Fundamentos de bioética*, Eudema, 1989, pp. 278-279. Según Federico DE MONTALVO el utilitarismo de regla sigue desconociendo el discurso de los derechos humanos.

32 Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

33 Ante las críticas de que fue objeto por parte del entonces presidente del Comité de Bioética de España (Federico De Montalvo) por su sesgo utilitarista, el 26 de marzo de 2021, el presidente de la Sociedad publicó un artículo en *Medicina Intensiva*, nº 45, 2021, titulado “Una crisis de ética dentro de la crisis sanitaria por la Covid-19”, negando ese sesgo utilitarista.

2º. La Organización Médica Colegial, el 23 de marzo de 2020, publicó el *Informe de la Comisión Central de Deontología con relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria*³⁴. La Comisión se pregunta ¿qué hacer cuando el médico no puede prestar asistencia a todos los enfermos en base a los recursos de los que dispone? y ¿cuáles son los criterios que se deben considerar para excluir a unos en beneficio de otros? El informe considera que la valoración deontológica de cualquier priorización para el ingreso y atención a pacientes graves y críticos en situaciones de limitación de recursos requiere considerar una serie de variables, de las que se destacan las siguientes:

a) *el criterio fundamental debe estar basado en las probabilidades de supervivencia de cada paciente;*

b) *no pueden ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni solo la edad de los pacientes;*

c) *no en todas las situaciones clínicas o muy avanzadas y con carácter irreversible se debe proceder al ingreso hospitalario;*

d) *establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica, pero establecer límites a medio plazo, como el criterio cronológico, constituye una decisión muy arriesgada que se debe realizar con carácter excepcional y utilizando los instrumentos valorativos al uso y en ningún caso la exclusiva impresión clínica;*

e) *las tomas de decisiones de tanta relevancia deben ser individuales y personales, porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto.*

3º. Seguidamente, el 25 de marzo de 2020, el Comité de Bioética de España, emite el *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.³⁵ En este informe, en primer lugar, insta al Gobierno a crear con prontitud una Comisión que proponga los criterios de priorización, integrada por expertos que puedan aportar las perspectivas científica, clínica y bioética, y como quiera que ya no se trata de fijar cuál es el mejor criterio científico-médico o cuál es la *lex artis* de la actuación individual de cada profesional, sino, mucho más allá, de limitar el derecho a la protección de la salud de algunos individuos por la escasez de recursos, considera el Comité que la aprobación de los criterios solo puede corresponder única y exclusivamente a la autoridad pública, la única facultada constitucionalmente para limitar y suspender derechos. En segundo lugar, entiende que cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática pues todo ser humano tiene derecho a una consideración personal. En tercer lugar, entiende que, si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. En cuarto lugar, el término “utilidad social”, que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas por las sociedades científicas, le parece al Comité extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. En quinto lugar, el Comité considera que algunos de los conceptos que se emplean en las recomendaciones, sobre todo, las que hacen referencia a cuestiones tales como “supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada” o la que recomienda que cualquier paciente con deterioro cognitivo por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica, no son compatibles con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tratado firmado y ratificado por España. También considera que el criterio de la edad solo puede ser empleado para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital. De todo ello infiere que nuestro sistema sanitario debe basar la toma de decisiones en este momento crítico sobre un modelo mixto que, tomando en consideración el criterio de utilidad social, tenga presentes los principios de equidad y de protección frente a la vulnerabilidad.

En el artículo, entre otras cuestiones, señala que el «valor social» ha sido el término que más controversia ha generado. Entendemos que, así expresado, sin concreción, es campo abonado para interpretaciones. Del diálogo con los autores no se desprende ningún fin utilitarista. La persona es digna en tanto que persona. Compartimos la crítica por la inconcreción, pero la diatriba es desproporcionada en tanto que el propio CBE sugiere criterios o valores sociales que deben tenerse en cuenta en la priorización.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7997308/>

34 Disponible en: file:///C:/Users/piluc/Downloads/coronavirus_n.p._comision_central_de_deontologia_en_relacion_a_la_priorizacion_de_las_decisiones_sobre_los_enfermos_23_03_20-1.pdf

35 Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

Como puede observarse, el Comité se sitúa claramente en el marco de la doctrina neokantiana, aunque admite variables sociales siempre que su aplicación sea proporcional y preserve la equidad.

4º. Finalmente, el 3 de abril de 2020, el Ministerio de Sanidad elabora y publica el *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia*.³⁶ En este informe hace una serie de recomendaciones de las que, por su mayor trascendencia en razón de la entidad de la que emanan, se explicitan de forma literal las siguientes:

1ª La imposición de la prevalencia de los intereses generales frente a los individuales en una situación de pandemia, que puede comportar la restricción o suspensión de derechos fundamentales de diversa naturaleza, no debe invadir el contenido esencial de estos derechos, estando sometida a los principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia y proporcionalidad.

(...)

5ª Como criterios generales aplicables, sin entrar en sus proyecciones técnico-clínicas, considera los siguientes:

1. No discriminación por ningún motivo ajeno a la situación clínica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia, basadas en la evidencia.

2. El principio de máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas, que debe compatibilizarse con la continuación de la asistencia iniciada de forma individual de cada paciente.

3. Gravedad del estado de enfermedad del paciente que evidencie la necesidad de cuidados intensivos (asistencia en unidades de cuidados intensivos y acceso a ventilación mecánica).

4. Expectativas objetivas de recuperación del paciente en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la concurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronóstico de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.), aunque pueda comportar una atención clínica añadida.

5. Orden temporal de entrada en contacto con el sistema de salud, consistente en este caso en la data de ingreso en el centro, con el fin de objetivar el punto de partida de los pacientes de los que se responsabiliza el sistema. Sin embargo, este criterio nunca debe anteponerse a los anteriores, pues podría provocar la preferencia de pacientes de menor urgencia, atendiendo a la gravedad de su situación, o de pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación.

6ª Únicamente resultará legítimo acudir a los criterios de priorización cuando se hayan agotado todas las posibilidades existentes para disponer de los recursos asistenciales necesarios y para optimizar el uso de los disponibles.

7ª El equipo médico responsable del paciente será el que deberá asumir las implicaciones de su decisión, por lo que un tercero no es idóneo para imponerle su criterio, salvo que esté también involucrado en la asistencia de ese paciente. Es recomendable solicitar o recibir orientaciones, por ejemplo, del comité de ética asistencial del mismo hospital, siempre que sea posible por el tiempo disponible, o de otros facultativos con mayor experiencia y madurez, incluso constituidos en comité ad hoc.

(...)

10ª Debe subrayarse la absoluta proscripción de empleo de criterios fundados en la discriminación por cualquier motivo con la finalidad de priorizar pacientes en dichos contextos. En este sentido, excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada, resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución española). En este sentido, los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Aceptar tal discriminación comportaría una minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentran esas personas, lo que contradice los fundamentos de nuestro Estado de Derecho, en particular el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo. Argumentos semejantes son aplicables con el fin de proscribir cualquier discriminación por motivos tales como la discapacidad en cualquiera de sus manifestaciones, o la que pueden sufrir determinados colectivos de menores de edad.

(...)

³⁶ Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf

En fin, pueden identificarse como ejes del informe del Ministerio de Sanidad: a) no discriminación de ningún paciente salvo que su situación clínica así lo justifique³⁷, b) la discriminación será viable, o dicho de otra forma, pueden limitarse derechos fundamentales de los pacientes por razones clínicas, siempre que se respeten los principios de equidad, solidaridad, justicia y proporcionalidad, c) de entrada, en el triaje o priorización solo deben utilizarse variables clínicas, quedando proscrita la utilización de variables sociales.

IV. ¿DEBEN DETERMINARSE POR LEY LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN? ¿OPACIDAD O TRANSPARENCIA?

¿La situación de enfermedad en una persona, sean cuales sean las circunstancias concurrentes, merece la misma consideración desde la óptica asistencial cuando los recursos son limitados, teniendo presente que detrás de la enfermedad está la vida o la esperanza de vida y, cuando menos, una determinada calidad de vida? Es muy difícil, si no imposible, alcanzar un consenso social en torno a estas cuestiones, pues siempre habrá distintas sensibilidades contrapuestas. ¿Deben dejarse estas decisiones exclusivamente en manos de expertos o también debe facilitarse la participación ciudadana a través de asociaciones de vecinos o de pacientes o de comités locales de ciudadanos, a pesar de que las experiencias habidas revelan una cierta tendencia a proponer criterios de priorización algunas veces odiosos³⁸. En los países que han puesto en práctica una priorización explicitada, con debate social sobre la mayor o menor bondad de los criterios y variables propuestos, nunca se ha logrado un consenso suficiente³⁹.

37 Téngase presente que el artículo 15.2 de la Ley 15/2022, de 12 d julio, integral para la igualdad de trato y no discriminación, admite discriminaciones cuando razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen.

38 DE LORA, P. y ZÚÑIGA FAJURI, A., *ibidem*, pp. 218 y 219, relatan los criterios de selección para la administración de hemodiálisis que se decidió en el *Artificial Kidney Center* de Seattle: un comité compuesto por vecinos de la zona y médicos resolvió que, como forma de rendir tributo al ideal de la solidaridad comunitaria, solo los residentes del Estado serían beneficiarios de la hemodiálisis. Además, como el comité otorgaba un gran valor a la institución familiar, eran privilegiados quienes estuvieran casados o fueran dependientes por relación paterno-filial. Un miembro consideró que las opciones de volver a casarse de una viuda debían ser tenidas en cuenta, y otros estimaron que el “buen carácter” también, entendiendo por tal el compromiso activo con la parroquia, o la dirección de un grupo de *boy scouts*, o el trabajo de voluntariado en la Cruz Roja, entre otros.

39 PUYOL GONZÁLEZ, Á., 2014, “Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis” en *Derecho y Salud*, vol. 24, Extraordinario XXIII Congreso 2014, p. 10.

De ahí que los criterios utilizados para la priorización no se hacen públicos. Muy al contrario, intencionadamente se manejan de una manera opaca. Los responsables sanitarios de las Comunidades Autónomas no los elijen y combinan de una forma inequívoca y rigurosa y lo más justa posible para su aplicación uniforme por los servicios sanitarios y, seguidamente, los explicitan para que sean bien conocidos por las personas residentes en la Comunidad Autónoma. Son elegidos, combinados y aplicados discrecionalmente por las gerencias de hospitales, jefaturas de servicios clínicos, equipos asistenciales y médicos individualmente, de manera opaca, sin publicidad alguna. Opacidad que se justifica en que inevitablemente generan desigualdades y su aplicación conlleva que algunos enfermos no reciban asistencia sanitaria o la reciban más tarde al quedar relegados en las listas de espera, enfermos que, de conocer esa circunstancia (por ejemplo, postergado por ser anciano en favor de un niño o un joven, o por no tener cargas familiares), considerarán injusta la decisión.

A fin de evitar una proliferación de discusiones, desencuentros y polémicas se ha considerado aconsejable dejar estas decisiones, como hasta ahora se ha hecho, exclusivamente en manos de técnicos con amplia formación en bioética y sin participación ni conocimiento de la ciudadanía. Apunta BENÍTEZ PALMA⁴⁰ que someterlo todo al criterio no siempre bien formado de una mayoría infalible puede tener consecuencias imprevistas y no deseadas sobre el lánguido estado de salud de la democracia y de sus instituciones representativas, con la propia Administración pública a la cabeza. Además, no cabe duda de que una persona que conoce que va a ser relegada asistencialmente por razón de sus particulares circunstancias clínicas o sociales, ese conocimiento le generará frustración, ansiedad, indignación, y probablemente un empeoramiento de su estado de salud, por lo que podría aplicarse también a este ámbito el llamado “privilegio terapéutico”⁴¹ que legalmente permite al médico ocultar información clínica a un paciente cuando considere que conocerla le perjudicará gravemente. En suma, pueden esgrimirse sólidos argumentos para defender la conveniencia de mantener oculta la información relativa a los criterios de priorización de pacientes y no hacer partícipe a la ciudadanía en la elección de esos criterios.

40 BENÍTEZ PALMA, E., 2016, “Transparencia, confianza y democracia” en *Revista Española de Transparencia*, núm. 3, p. 24.

41 Artículo 5.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por razón de esta dinámica, no es infrecuente que quede totalmente en manos de los médicos decidir qué persona vive y qué persona muere. Empero, hacer recaer esa enorme responsabilidad exclusivamente sobre los médicos sin amparo jurídico alguno es muy injusto. LÓPEZ BARONI⁴² ha escrito recientemente que *“Los médicos carecen de legitimidad moral o jurídica para elegir entre personas con similares posibilidades de supervivencia; en puridad, ni siquiera para decidir sobre el destino de personas que desean seguir viviendo. Pues bien, nuestra sociedad, comenzando por el legislador y terminando por el último de nuestros tribunales, ha optado por mirar hacia otro lado, dada la incomodidad que supone tratar de regular o juzgar esta temática. Pero por motivos obvios, este desolador silencio colectivo no ha provocado la desaparición del problema, sino simplemente arrojárselo a los médicos, que allí donde no hayan tenido más remedio habrán optado por la solución más oportuna, con el coste psicológico y emocional que este tipo de decisiones conllevan.”*

Por tanto, no parece que mantener la política de priorización de pacientes en la opacidad sea el camino o solución más adecuada. Todos los profesionales con formación en bioética asumen que la priorización de pacientes siempre perjudicará a determinadas personas que no accederán de forma igual a los recursos que necesiten debido a su escasez, pero, no obstante, para hacer frente a esta realidad y sentar reglas de priorización lo más justas y equitativas posibles apuestan, criterio que comparto, por la transparencia y la participación ciudadana⁴³. La falta de transparencia y el secretismo propician arbitrariedades, nepotismo, iniquidad e inequidades en las decisiones puntuales para el posicionamiento en las listas de espera⁴⁴. Además, ignorar a la ciudadanía a

la hora de elaborar y decidir la política de priorización de enfermos es, sin duda, un atentado a la democracia participativa y al principio de “buena administración” que comprenden el derecho de todos a participar plenamente en las decisiones que les afectan muy personalmente. Se ha escrito⁴⁵ que cuando las variables clínicas pierden peso en la decisión, resulta difícil justificar que sean exclusivamente los profesionales sanitarios quienes participen en ella y parece adecuado tener en cuenta la opinión de otros colectivos afectados como, por ejemplo, los pacientes o, en general, la sociedad.

Nuestras leyes de transparencia, la básica estatal y las autonómicas, obligan a la Administración pública a dar a conocer, haciéndola pública, la información relativa a su actuación, particularmente aquella que resulte relevante para la ciudadanía por afectar directamente a sus intereses, al objeto de que esta conozca en profundidad las decisiones que adoptan las autoridades y en qué razones se apoyan para tomarlas. Y no cabe duda de que en el ámbito de la asistencia sanitaria pública tiene particular relevancia para la ciudadanía todo lo relativo a las listas de espera y a los criterios que se utilizan para priorizar los pacientes y determinar su acceso y situación en las listas de espera o en el acceso a recursos escasos.

Sin embargo, nuestro Sistema Nacional de Salud carece de un mecanismo normativizado y, por tanto, explícito, de ordenación de criterios para la determinación de prioridades en el acceso a la asistencia sanitaria, que pueda hacerse público. Y en la medida en que para establecer ese mecanismo se han de barajar y combinar variables clínicas y también variables sociales, debe ser el legislador, no solo el profesional clínico, quién a través de una norma, preferiblemente estatal y de carácter básico, que podrá ser desarrollada y complementada por los legisladores autonómicos, conforme un mecanismo explícito que ordene los criterios para la determinación de prioridades en el acceso a la asistencia sanitaria, particularmente en el acceso a recursos escasos.

El Ministerio de Sanidad, con ocasión de la pandemia, no por iniciativa propia, sino obligado por los disensos que se estaban produciendo entre las entidades y sociedades científicas que se pronunciaban al respecto y particularmente por la demanda del

42 LÓPEZ BARONI, M. J. “Ensayo sobre la pandemia” en *Revista Bioética y Derecho*, 2020, 50, pp. 117-118.

43 Así, por ejemplo, el trabajo de SAMPIETRO-COLOM, L. et al, 2006, “Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos”, *Gaceta Sanitaria*, volumen 20, núm. 5, pp. 342-351, cuyo objetivo fue estimar y comparar las preferencias de los ciudadanos sobre la priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas, concluye lo siguiente: *“En conclusión, no existen diferencias en los criterios considerados como relevantes para priorizar pacientes en lista de espera entre diferentes grupos de ciudadanos. No obstante, sí que existen diferencias en su valoración. Por ello, ante una lista de espera la decisión sobre quién debe ser operado en primer lugar deberían tenerse en cuenta las preferencias del conjunto de la ciudadanía. Esto está todavía más justificado cuando las decisiones llevan juicios de valor implícitos, como ocurre cuando se decide qué paciente en una lista de espera se ha de operar en primer lugar. La aplicación de un sistema de priorización explícito, fruto de una participación representativa de la ciudadanía, aumentaría la transparencia y la legitimidad en la gestión de la lista de espera.”*

44 ORTÚN, V., PINTO, J. L., PUIG, J., 2001, “El establecimiento de prioridades” en *Atención Primaria*, núm. 27, pp. 675.

45 ABAD ROMERO, P., ÁLVAREZ GARCÍA, B., RODRÍGUEZ MÍGUEZ, E., RODRÍGUEZ SAMPAYO, A., 2006, “Preferencias sociales en las decisiones públicas: priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas”, en *Hacienda Pública Española*, núm. 179, pp. 113-134; “Una aplicación de los sistemas de puntos en la priorización de pacientes en lista de espera quirúrgica”, Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Vigo, 2006, p. 4.

Comité de Bioética de España de que fijara oficialmente unas pautas, elaboró y publicó, como hemos visto antes, el *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia*, en el que se limita a cuestionar algunas pautas y a recomendar otras en torno a la priorización de pacientes. Nada más. Estamos ante un informe que no pasa de generalidades, que no concreta las variables de priorización a utilizar. Ante las recomendaciones éticas excesivamente genéricas que contiene, los médicos intensivistas y los expertos en bioética exigen al Gobierno que establezca normativamente unos criterios más definidos y concretos, que permitan unificar protocolos en todo el país, aunque la última decisión recaiga en el respectivo equipo médico⁴⁶. En fin, los intensivistas reclaman un sistema de triaje “transparente, consensuado y definido con antelación”⁴⁷.

Para cumplir debidamente con la demanda de los médicos de contar con un amparo jurídico suficiente, ¿basta con que el Ministerio de Sanidad emita un informe con recomendaciones válidas para la ocasión o es preciso elaborar, aprobar y publicar en el BOE una norma que defina las variables y pautas que deban aplicarse en la priorización de pacientes, no solo con ocasión de una pandemia o una catástrofe sanitaria sino también en la actividad asistencial ordinaria? ¿Es viable elaborar una ley de estas características? No cabe duda de que es un tema muy incómodo para los políticos que, en sede parlamentaria, han de debatirla y aprobarla, pues una norma de este tipo, además de ser de compleja elaboración respecto de sus contenidos⁴⁸, estructura y lenguaje, probablemente solo les reporte críticas por parte de los comentaristas políticos y de la ciudadanía, incluso con pérdida de votantes.

Indudablemente, la ventaja que tiene una norma, de las que carece un simple informe de

recomendaciones, es, por un lado, su carácter vinculante para todos, evitando así desigualdades por territorios, y, por otro lado, más importante todavía, la seguridad jurídica que proporciona al profesional sanitario⁴⁹.

Pero, además de las dos ventajas reseñadas, solo la ley puede disponer limitaciones de derechos constitucionales. Como bien dice el Comité de Bioética de España, al establecer prioridades por razón de la escasez de recursos, se limita el derecho a la protección de la salud de algunas personas, y es la autoridad pública la única facultada constitucionalmente para limitar derechos; no es una responsabilidad que corresponda asumir a sociedades científicas o a los profesionales sanitarios. Sin embargo, la realidad actual en nuestro país es que están siendo las sociedades científicas y los equipos médicos de los hospitales quienes están asumiendo en solitario la responsabilidad de establecer criterios de priorización clínicos y sociales para acceder a medios terapéuticos escasos, con la consiguiente limitación de derechos de los pacientes. Empero, los médicos tienen competencia para decidir la aplicación de criterios estrictamente clínicos con arreglo a la *lex artis*, pero no es su responsabilidad evaluar y decidir la aplicación de criterios sociales, labor esta que corresponde a la sociedad a través del legislador.

Aunque la priorización implique limitar derechos constitucionales pues incide directamente, cuando menos, en el derecho a la protección de la salud y en derecho a la igualdad de trato (el primero no es un derecho fundamental sino un principio rector de la política social y económica y el segundo es un derecho fundamental), no creo necesaria una ley orgánica pues nuestro ordenamiento jurídico ofrece cobertura suficiente para hacerlo por ley ordinaria. Es sobradamente conocido que el Tribunal Constitucional y el Tribunal Supremo⁵⁰ no exigen ley orgánica para definir concretos límites al ejercicio de los derechos fundamentales, menos, por tanto, respecto

46 Como apunta el Comité de Bioética en su informe “tan estresante puede resultar para el profesional sanitario no contar con ningún criterio generalizado y uniforme que le ayude a tomar decisiones, como verse constreñido a unos criterios generales que pueda considerar injustos o poco éticos en el caso concreto. Se trata, pues, de lograr un equilibrio entre una norma general y la decisión individual que debe adoptarse con cada paciente.”

47 Nota de prensa SeMicyuc de 27 de octubre de 2020. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/10/NdP-Rechazo-de-ingreso-en-UCL.pdf>

48 LÓPEZ BARONI, M. J., “Ensayo sobre la pandemia” en *Revista Bioética y Derecho*, 2020, nº 50, p. 117, justifica la no regulación de la priorización razonando que ante las disyuntivas realmente gravosas que se generan al tener que denegar un respirador a alguien que lo necesita para ponérselo a otro, los límites entre el homicidio y la elección justificada son demasiado difusos como para que la casuística se exprese por escrito en una ley o reglamento aprobado por los cauces formales, de ahí que carezcamos de normas jurídicas para este tipo de situaciones.

49 ROMEO CASABONA, C., La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco de la COVID-19”, *Revista Bioética y Derecho*, 2020; nº 50, p. 104, destaca la seguridad jurídica con las siguientes palabras: “desde la perspectiva del colectivo sanitario la existencia de dichos criterios otorga una importante seguridad jurídica ante situaciones ciertamente complejas tanto desde el punto de vista emocional como legal, puesto que es evidente que un profesional del sector salud pueda temer las consecuencias jurídicas de un procedimiento que, al postergar la atención a un paciente, conllevará con gran probabilidad la muerte del mismo.”

50 SSTC 86/2017 y 76/2019. STS 719/2021, 24 de mayo: «Dentro de la regulación que puede hacer la ley ordinaria cabe, pues, la imposición de limitaciones puntuales a los derechos fundamentales. Y, siendo suficiente para ello la ley ordinaria, esa reserva puede ser satisfecha tanto por la ley del Estado cuanto por las leyes que, dentro de su competencia, dicten las Comunidades Autónomas».

del derecho a la protección de la salud, que no tiene naturaleza fundamental. En lo que hace a las variables estrictamente clínicas, incluso bastaría con el reglamento pues el artículo 15 de la reciente Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, ya prevé posibles discriminaciones justificadas por razones médicas debidamente acreditadas. Y, como hemos visto antes, todas las normas, estatales y autonómicas, que explicitan algún criterio clínico de priorización tienen rango de reglamento o de ley ordinaria. Respecto de las variables sociales, cuyo encaje con los derechos constitucionales es más problemática pues pueden dar lugar a discriminaciones arbitrarias por no suficientemente justificadas, entiendo que deben fijarse en ley ordinaria, y el legislador deberá hacer la difícil labor de enmarcarlas debidamente para que siempre tengan una base ética y así evitar arbitrariedades o iniquidades en su correcta aplicación.

La solución a la problemática existente pasa, pues, por una ley de carácter básico que unifique los criterios en todo el país y que legitime, en su caso, limitaciones al derecho constitucional a la protección de la salud y a la igualdad de trato. Esta ley básica debe contemplar diferentes niveles, pues no todas las Comunidades Autónomas están en las mismas circunstancias, pudiendo esta legislación contemplar uno mínimos en cada nivel, que luego pueda ser desarrollado por las Comunidades Autónomas para adaptarlo a su situación, pues la competencia sigue siendo atribuible a estas⁵¹. En definitiva, si hemos de unificar criterios y legitimar limitaciones de derechos conviene dotarse de una ley básica *ad hoc*.

La principal cuestión que ha de dilucidarse en la elaboración de esa ley es determinar cuáles son los criterios que han de utilizar los profesionales sanitarios responsables para tomar la muy difícil decisión de quién no tendrá acceso inmediato a un determinado recurso asistencial escaso o disfrutará de este en menor intensidad. ¿Han de ser variables exclusivamente clínicas o siguiendo la corriente utilitarista cabe introducir también variables sociales persiguiendo la maximización del beneficio en relación con el número de vidas salvadas?

Se afirma en el Informe del Ministerio de Sanidad que el principio de máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas debe compatibilizarse con la continuación de la asistencia iniciada de forma individual de cada paciente ya que excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo,

por razón únicamente de una edad avanzada o de una discapacidad, resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro Estado de Derecho (art. 14 CE) y por vulnerar derechos constitucionales. Y que el criterio de utilidad social es harto discutible ya que todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. Sin duda, estas recomendaciones son jurídica y políticamente correctas. Son afirmaciones impregnadas de un puritanismo constitucionalista excelente⁵², pero alejadas de la praxis, de la realidad cotidiana de los servicios asistenciales dada la disparidad de criterios sentados sin base jurídico-constitucional en los protocolos que utilizan esos servicios según territorio e, incluso, según hospitales del mismo territorio; criterios que frecuentemente no logran un justo equilibrio entre el interés colectivo y la dignidad del ser humano.

Cierto es que los criterios sociales en cuanto marginan a un individuo por su circunstancia concreta en favor de otro individuo, tienen poca cabida en nuestro ordenamiento jurídico pues, haciendo abstracción de si contrarían o no los fundamentos del Estado de Derecho, nuestra normativa sanitaria es particularmente garantista de **los derechos del paciente como individuo**, no contemplando ni haciendo prevalecer, atendiendo al interés colectivo y con la meta de maximizar el beneficio, a la sociedad en su conjunto frente al individuo, salvo en el ámbito de la salud pública⁵³. En nuestro ordenamiento

52 De forma similar a cómo en bioética se enfrentan humanitarismo y utilitarismo, en la construcción y utilización del Derecho se enfrentan dogmatismo y pragmatismo. La visión dogmática del Derecho se basa en dogmas, ideas abstractas y apriorísticas de origen fundamentalmente doctrinal, que persiguen verdades universales (por ejemplo, el valor ontológico de la dignidad humana), que se afirman de manera inconcusa, universal e inflexible, y de las cuales se deducen reglas y consecuencias jurídicas. En la visión pragmática, el Derecho se construye y aplica según sus efectos prácticos. Los pragmatistas se alejan de las abstracciones y se centran en lo concreto y en la satisfacción mediante el Derecho de intereses que se consideran dignos de protección. Evidencia las contradicciones entre teoría y práctica.

53 Incluso la Ley General de Salud Pública de 2011 diseña el modelo de salud pública asentado en la autonomía de la voluntad del individuo. DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico, con acierto, se ha preguntado si cabe un modelo de salud pública asentado en la autonomía de la voluntad. Véanse sus trabajos «El paradigma de la autonomía en salud pública ¿una contradicción o un fracaso anticipado?: el caso concreto de la política de vacunación», en Revista Derecho y Salud, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso 2014, pp. 19-21, y «Medidas de promoción de los hábitos saludables: una aproximación desde el derecho», en el libro colectivo El derecho ante la salud pública: dimensión interna, europea e internacional, coordinado por Blanc Altemir y Cierco Seira, Thomson Reuters Aranzadi, 2018, pp. 179-186. En este segundo trabajo habla de oximorón legislativo. Afirma que, si el modelo se asienta en la libertad de decisión de los individuos, ¿cómo pueden promoverse medidas más allá de las meramente educativas e informativas?, más aún cuando los modelos comparados muestran que éstas son insuficientes y que algunas medidas coercitivas y prohibitivas han

51 En este sentido, GONZÁLEZ SUÁREZ, G. M. “Análisis ético y jurídico sobre los criterios de priorización en las unidades de cuidados intensivos” en *Revista Derecho y Salud*, 2020, vol. 30. n° 2, pp. 54-55.

jurídico sanitario rige el principio personalista: la persona y sus derechos son el valor máximo.

No obstante, a pesar del obstáculo jurídico reseñado, analizada la cuestión desde la ética y la deontología médica parece del todo aceptable conformar un sistema mixto, de manera que en la normación de la priorización de pacientes no se ignore la doctrina utilitarista⁵⁴. En mi criterio, aceptado que es ético dar prevalencia al bien común sobre intereses individuales, han de contemplarse también variables sociales, si bien enmarcando o combinando adecuadamente su aplicación con variables clínicas para que resulte ética. Como hemos visto, el criterio de utilidad social justificaría que se priorice a los profesionales sanitarios y a personas responsables de la realización de servicios críticos necesarios para la sociedad, sobre el resto de los ciudadanos⁵⁵.

causado más efectos que las basadas exclusivamente en la educación e información a la población.

54 Repasando la muy escasa literatura jurídica existente sobre esta temática se comprueba que, PUYOL GONZÁLEZ “Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis” en *Derecho y Salud*, vol. 24, Extraordinario XXIII Congreso 2014, p. 10, ha escrito: *Pero los dilemas éticos de la priorización no se limitan a la definición de la necesidad médica. Existen otros criterios alternativos para priorizar a los pacientes que no son nada desdeñables desde el punto de vista de la ética. Por ejemplo, podríamos priorizar a los ciudadanos que han realizado una mayor contribución social, o a los que se espera que la realicen, o a los que tienen mayores obligaciones sociales (por ejemplo, en la atención a familiares dependientes), o a los que han sabido responsabilizarse mejor del cuidado de su salud, o a los más pobres. Una vez más, queda patente que la igualdad y la equidad (en este caso la sanitaria) no son conceptos unívocos, sino que están atravesados por diferentes acepciones, cada una de ellas con su propio peso en una discusión ética abierta y comprometida con el principio de igualdad.* Por su parte, ROMEO CASABONA “La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del COVID-19”, en *Revista Bioética y Derecho*, 2020; nº 50, p. 109, opina que “*el principio fundamental al que debe orientarse la asignación de camas UCI y respiradores en un contexto de pandemia como el descrito debe ser el de maximización del beneficio en relación con el número de vidas humanas salvadas. En consecuencia, se debe partir de un criterio de base utilitaria (del que no puede prescindirse por completo en dicho contexto) orientado a salvar la mayor cantidad de vidas corregido por la consideración de que, prima facie, todas las vidas tienen el mismo valor.*” El COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, 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, afirma que *se debe buscar el justo equilibrio entre el interés colectivo y la dignidad del ser humano por lo que conviene basar las decisiones en un “modelo mixto” que tenga en consideración el criterio de utilidad social pero también los principios de equidad y protección frente a la vulnerabilidad.* En concreto, el informe hace referencia a criterios sociales al afirmar que ‘puede ser ético priorizar a las personas que son esenciales para manejar un brote’, a ‘otros profesionales de particular importancia en el tratamiento de la pandemia’ y que ‘el principio del interés superior del menor exige dar prioridad a la asistencia a niños y adolescentes’.

55 Comparten plenamente esta opinión respecto de los profesionales sanitarios, ROMEO CASABONA, C., “La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del COVID-19”, en *Revista Bioética y Derecho*, 2020; nº 50, p.

El interés superior del menor, sancionado legalmente⁵⁶, puede justificar que se priorice a pacientes con niños a su cargo frente a pacientes que no tienen esa carga. La edad cronológica nunca debe ser un criterio de exclusión, pero sí puede serlo de priorización en atención al derecho de los jóvenes a disfrutar de una vida biológica completa, y también por razones prácticas como el paulatino envejecimiento de la población y la falta de relevo generacional. Nuestra sociedad más que nunca necesita inexcusablemente de los jóvenes. Por el contrario, no sería ético relegar a pacientes con discapacidad en favor de pacientes sin discapacidad por el solo hecho de padecer una discapacidad y, en consecuencia, tenerlos por menos útiles socialmente. En fin, dicho de una forma muy pragmática, todos somos útiles en cuanto seres humanos, pero determinados individuos son todavía más útiles socialmente, lo que justifica priorizarlos en la atención sanitaria. La razón de ser de la priorización es la obtención del máximo beneficio sin perjuicio de la atención inmediata al enfermo en todo lo que sea posible, y aplicar criterios sociales de priorización de ningún modo implica clasificar a los ciudadanos como de primera o segunda categoría, sino una consecuencia inevitable en favor del bien común, que ha de prevalecer siempre sobre los intereses individuales. En suma, los criterios sociales no han de tenerse necesariamente por criterios injustos o discriminatorios.

Por tanto, si se incorporan también variables sociales que limitarán o impedirán el acceso inmediato de un individuo a la asistencia sanitaria en favor de otro individuo, quebrándose así la garantía de accesibilidad a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, que proclama el artículo 23 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, la norma ha de tener rango de ley a efectos de que pueda desplazar, al menos en el ámbito que nos ocupa, determinaciones de la Ley General de Sanidad, de la Ley de Autonomía del Paciente, de la ley de Cohesión y Calidad del SNS, que anteponen al individuo frente

106-107; MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. y BELLVER CAPELLA, V., “Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la Covid-19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia” en *Revista Derecho y Salud*, 2020, vol. 30, extraordinario, p. 73.

SEOANE RODRÍGUEZ, J.A., “Bioética, lenguaje y COVID-19”, blog Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1 de abril de 2020, <http://www.asociacionbioetica.com/blog/bioetica-lenguaje-y-covid-19>, escribe: *El profesional asistencial no es per se más valioso o digno que los demás, pero el contexto justifica la prioridad en la atención del profesional cuya intervención resulta decisiva para combatir la pandemia y proteger la salud individual en un mayor número de casos.*

56 Artículo 2 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia: “todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado.”

a la sociedad, e implícitamente no admiten soluciones utilitaristas.

Ahora bien, una norma general para todo el país de estas características, además de ser desde el punto de vista técnico-jurídico de compleja elaboración, necesita de un consenso general nada fácil de alcanzar. En la elaboración de esta ley debe asegurarse una activa participación de los Comités de Bioética estatal y autonómicos, de las asociaciones y sociedades científicas médicas y de enfermería, de las asociaciones de pacientes, además del obligado periodo de audiencia para la participación ciudadana.

Como se ha relatado antes, hasta ahora, dado lo delicado del tema y la inevitable controversia social que suscitaría, se ha optado por la opacidad. No se explicitan las variables utilizadas en la priorización de pacientes, particularmente si son sociales. Pero la opacidad ya no tiene cabida en el actuar de las Administraciones públicas pues la transparencia y el impulso de la participación ciudadana son deberes de las Administraciones sanitarias⁵⁷ y así se contemplan expresamente en las leyes sanitarias básicas y en las de transparencia.

En efecto, La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconoce el derecho a la información sanitario-asistencial. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, exige utilizar criterios de transparencia en la elaboración y distribución de la información que responda a las necesidades del Sistema Nacional de Salud (artículo 58.2), toda vez que la ciudadanía tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, a la par que dispone instrumentos de participación social (artículo 67). Por su parte, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, sienta la transparencia como uno de los principios generales que han de presidir las actuaciones en materia de la salud pública (artículo 3.f), y también establece el derecho de los ciudadanos a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública (artículo 5). En fin, las leyes sanitarias reconocen a la ciudadanía el derecho a saber para poder ejercitar el derecho a participar en la toma de decisiones y en su posterior evaluación. Por su parte, las vigentes leyes reguladoras del procedimiento de elaboración de normas y de la

transparencia exigen que todo proyecto normativo se someta a información pública posibilitando así la participación ciudadana en la determinación de sus contenidos. Por tanto, es obligado legalmente que cualquier proyecto de norma, estatal o autonómica, estableciendo criterios de priorización de pacientes se dé a conocer a la ciudadanía y se abra un proceso participativo para la elección y determinación de los criterios de priorización clínicos y sociales a utilizar.

Pero para que esta participación sea sensata, responsable y útil es imprescindible que la ciudadanía haya adquirido un conocimiento suficiente de las razones éticas que pueden fundamentar la aceptación o el rechazo de las diferentes variables potencialmente utilizables. Situados ya en pleno siglo XXI, en ese proceso de educación de la ciudadanía pueden y deben jugar un muy importante papel Internet y la Web 2.0 (las redes sociales). Para poder participar responsablemente, esto es, para que el ciudadano adquiera competencia para opinar en un tema tan complejo como el que nos ocupa, debe disponer de una información pública fiable, completa, accesible y comprensible. Pues bien, Internet y las redes sociales son hoy instrumentos muy aptos para que la Administración sanitaria instrumente medidas de educación o información de los posibles criterios o variables a manejar para priorizar la atención sanitaria a enfermos y los valores a asignar a cada variable clínica y social que se acuerde.

En todo caso, considero que actualmente, previa la información suficiente, la sociedad está lo suficientemente madura para conocer y entender los criterios y variables de priorización que, tras un proceso de participación ciudadana, finalmente se acuerden y se normativicen. La participación ciudadana siempre otorga legitimidad democrática a la decisión adoptada, aunque no se comparta por determinadas personas o sectores de población. Una vez elegidos los criterios y normativizados, la combinación y su aplicación quedará en manos del equipo asistencial que lo hará casuísticamente en función de las circunstancias de cada enfermo.

En suma, una vez alcanzado un nivel mínimo de competencia por parte de la ciudadanía, parece aconsejable que el legislador estatal y los legisladores autonómicos, tras un proceso de participación ciudadana, acuerden y expliciten normativamente los criterios clínicos y sociales que se hayan consensuado y, por ende, hayan de utilizarse en la priorización de enfermos para recibir asistencia sanitaria pública, particularmente en el uso de recursos escasos. El deber de transparencia a que está obligada la Administración pública así lo exige.

⁵⁷ Véanse al respecto: *Transparencia en el sistema sanitario público* en Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, núm. 31, 2013; GARCÍA ALTÉS, A. et al, 2013, "Transparencia en los resultados de la sanidad pública: el ejemplo de la Central de Resultados del sistema sanitario catalán" en *Auditoría Pública*, núm. 61, pp. 45-52.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Pilar ABAD ROMERO, Begoña ÁLVAREZ GARCÍA, Eva RODRÍGUEZ MÍGUEZ, Antonio RODRÍGUEZ SAMPAYO, “Preferencias sociales en las decisiones públicas: Priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas”, en *Revista de Economía Pública*, núm. 179, 2006; “Una aplicación de los sistemas de puntos en la priorización de pacientes en lista de espera quirúrgica”, Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Vigo, 2006.
- Enrique BENÍTEZ PALMA, “Transparencia, confianza y democracia” en *Revista Española de Transparencia*, núm. 3, 2016.
- Sergio CASTEL GAYÁN, “La juridificación de la participación ciudadana” en la obra colectiva “*Participación ciudadana*”...para una Administración deliberativa, Gobierno de Aragón, 2009.
- Diego GRACIA, *Fundamentos de bioética*, Eudema, 1989.
- Anna GARCÍA ALTÉS et al, “Transparencia en los resultados de la sanidad pública: el ejemplo de la Central de Resultados del sistema sanitario catalán” en *Auditoría Pública*, 2013, nº 61.
- Gloria María GONZÁLEZ SUÁREZ, “Análisis ético y jurídico sobre los criterios de priorización en las unidades de cuidados intensivos” en *Revista Derecho y Salud*, 2020, vol. 30. nº 2.
- Joaquín HORTAL-CARMONA et al. “La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia”, en *Gaceta Sanitaria*, 2021, vol. 35, nº 6.
- Vicente LOMAS HERNÁNDEZ, “Aspectos más relevantes de la ley 3/2014, de 21 de julio, de Garantía de la Atención Sanitaria y del Ejercicio de la Libre Elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha”, en *Revista Aranzadi Doctrinal*, 2014, nº 7.
- Pablo DE LORA y Alejandra ZÚÑIGA FAJURI, *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Iustel, 2009.
- Manuel Jesús LÓPEZ BARONI, “Ensayo sobre la pandemia” en *Revista de Bioética y Derecho*, 2020, nº. 50.
- M^a Luisa MARÍN CASTÁN, “En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO” en *Revista de Bioética y Derecho*, 2014, nº 31.
- Federico de MONTALVO JÄÄSKELÄINEN (2020). “Priorizar sin discriminar: la doctrina del Comité de Bioética de España sobre derechos de las personas con discapacidad en un contexto de pandemia”, en *IgualdadES*, 3
- «El paradigma de la autonomía en salud pública ¿una contradicción o un fracaso anticipado?: el caso concreto de la política de vacunación», en *Revista Derecho y Salud*, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso 2014.
- Federico de MONTALVO JÄÄSKELÄINEN y Vicente BELLVER CAPELLA, “Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la Covid-19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia” en *Revista Derecho y Salud*, 2020, vol. 30.
- Juan Alejandro MARTÍNEZ NAVARRO, “Las listas de espera y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud” en el libro colectivo dirigido por PÉREZ GÁLVEZ *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, S.L, 2015.
- Francesc JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ, “El principio de justicia y la gestión de recursos crónicamente insuficientes en tiempos de crisis” en *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 29, septiembre 2013.
- Vicente ORTÚN, José Luis PINTO, Josep PUIG, “El establecimiento de prioridades” en *Atención Primaria*, núm. 27, 2001.
- Ángel PUYOL GONZÁLEZ, “Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis” en *Derecho y Salud*, vol. 24, Extraordinario XXIII Congreso 2014.
- “Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”, en el libro colectivo, *Lista de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifol i Lucas, nº 18, 2009
 - “Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”, en la obra colectiva *Lista de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, núm. 18, 2009.

Eduardo RIVERA LÓPEZ, E. et al “Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de Covid-19”, en *Revista de Bioética y Derecho*, 2020, nº 50.

Carles RAMIÓ, “La legitimidad social de la Administración reside en la transparencia, en la rendición de cuentas y en la evaluación” en *Revista Española de Transparencia*, núm. 5, 2017.

Carlos ROMEO CASABONA y Asier URRUELA MORA, “La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del Covid-19”, en *Revista de Bioética y Derecho*, 2020, nº 50.

Javier RUIZ-HORNILLOS et alt., “Priorización de recursos sanitarios en contextos de escasez. Informa SESPAS 2022” en *Gaceta Sanitaria*, 2022, vol. 36, Extraordinario 1.

José Luis PINTO PREDES, *Establecimiento de prioridades en las prestaciones sanitarias en base a la información sobre las preferencias sociales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra), 1999.

Marisol RODRÍGUEZ, “Desigualdades en salud, priorización y listas de espera” en la obra colectiva *Lista de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, núm. 18, 2009.

Fernando SAN MIGUEL INZA, Eduardo SÁNCHEZ IRISO, Juan Manuel CABASÉS HITA, “Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta”, en *Gaceta Sanitaria*, volumen 22, núm. 2, 2008.

Fernando SÁNCHEZ MARTÍNEZ, José María ABELLÁN PERPIÑÁN, Jorge MARTÍNEZ PÉREZ, “¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales”, *Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre salud*, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, suplemento 1, 2008.

Laura SAMPIETRO-COLOM et al, “Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos” en *Gaceta Sanitaria*, volumen 20, núm. 5, 2006,

• *Transparencia en el sistema sanitario público* en Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, núm. 31, 2013.

Rosa URBANOS GARRIDO “La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad” en *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, núm. S1, 2016.

Oriol YUGUERO TORRES, “Aspectos éticos en la gestión de la salud”, en *Acta Sanitaria* de 29 de junio de 2018.