

Informe SESPAS

Priorización de recursos sanitarios en contextos de escasez. Informe SESPAS 2022



Javier Ruiz-Hornillos^{a,b,c,*}, Marta Albert^d, Diego Real de Asua^{e,f}, María Herrera Abián^{a,b,c},
Íñigo de Miguel Beriain^g y Encarna Guillén-Navarro^{h,i}

^a Departamento de Bioética Clínica, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro (Madrid), España

^b Instituto de Investigación Sanitaria, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón (Madrid), España

^d Universidad Rey Juan Carlos, Vicálvaro (Madrid), España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^f Division of Medical Ethics, Cornell University Joan and Sanford I Weill Medical College, New York, NY, Estados Unidos

^g Facultad de Derecho, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, Bizkaia. Ikerbasque, Basque Foundation for Science, Bilbao, España

^h Sección de Genética Médica, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Universidad de Murcia, Murcia, España

ⁱ Comité de Bioética de España

R E S U M E N

Palabras clave:

COVID-19

Priorización

Recursos sanitarios

Derechos fundamentales

Bioética

Principios éticos

Equidad

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un desafío tanto clínico como jurídico y bioético. Se desarrollan estos tres pilares fundamentales en el abordaje de la priorización de recursos sanitarios en pandemia: criterios clínicos, marco legal correspondiente y principios éticos aplicables. Inicialmente se aplicaron criterios clínicos para identificar a los pacientes con mejor pronóstico de supervivencia, combinando una evaluación clínica y el uso de variables de pronóstico a corto y largo plazo. Sin embargo, la decisión de priorizar la atención de un paciente sobre otro tiene una carga jurídico-política, que presenta el riesgo de caer en la discriminación ya que están en juego derechos fundamentales. Los criterios de priorización deben basarse en principios que reflejen como filosofía vehicular la que hemos asumido constitucionalmente como Estado social y democrático de Derecho, que no responde al utilitarismo, sino al personalismo. Cualquier filosofía de distribución de recursos tiene que tener presente la perspectiva científica, constitucional y, con ellas, las de los derechos fundamentales y los principios bioéticos. En la priorización de los recursos deberían consolidarse principios éticos como el respeto a la dignidad de las personas, el principio de necesidad (igual necesidad, igual acceso al recurso), el principio de equidad (que aconseja priorizar a los grupos de población más vulnerables), la transparencia (fundamental en la confianza de la sociedad) y el principio de reciprocidad (que exige proteger a los sectores de la población que asumen más riesgos), entre otros.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prioritization of health resources in contexts of scarcity. SESPAS Report 2022

A B S T R A C T

Keywords:

COVID-19

Triage

Health resources

Civil rights

Bioethics

Ethical principles

Equity

The COVID-19 pandemic has been a clinical challenge, but also a legal and bioethical one. These three fundamental pillars are developed in the approach to prioritizing health resources in pandemic, clinical criteria, corresponding legal framework and applicable ethical principles. Initially, clinical criteria were applied to identify patients with the best survival prognosis, combining a clinical evaluation and the use of short-term and long-term prognostic variables. But the decision to prioritize the care of one patient over another has a legal-political burden, which poses a risk of falling into discrimination since fundamental rights are at stake. The prioritization criteria must be based on principles that reflect as a vehicle philosophy that which we have constitutionally assumed as a social and democratic State of Law, which did not respond to utilitarianism but to personalism. Any philosophy of resource distribution must bear in mind the scientific and constitutional perspective and, with them, those of fundamental rights and bioethical principles. In the prioritization of resources, ethical principles must be consolidated such as respect for the human dignity, the principle of necessity (equal need, equal access to the resource), the principle of equity (which advises prioritizing the most vulnerable population groups), transparency (fundamental in society's trust) and the principle of reciprocity (which requires protecting the sectors of the population that take more risks), among others.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrhornillos@gmail.com (J. Ruiz-Hornillos).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.04.003>

0213-9111/© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puntos clave

- Los pilares fundamentales en el abordaje de la priorización de recursos sanitarios en pandemia son los criterios clínicos, el marco legal correspondiente y los principios éticos aplicables.
- En la distribución de los recursos es necesario tener en cuenta tanto la perspectiva científica como la constitucional y, con ellas, las de los derechos fundamentales y los principios bioéticos.
- En la gestión de los recursos es necesario recordar la importancia de principios bioéticos como el principio de necesidad, el principio de equidad, la transparencia y el principio de reciprocidad.

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un desafío extraordinario en muchos ámbitos, y especialmente en el sanitario y el bioético. La limitación en la disponibilidad de recursos en este contexto de crisis sanitaria condujo a su priorización, algo que no es nuevo para el sistema sanitario. Sin embargo, en este caso, no solo se ordenó el acceso, sino que se planteó el racionamiento, con la posibilidad de privar de un recurso, como el soporte ventilatorio avanzado, a un paciente para dárselo a otro; recurso que podría ser necesario o vital para ambos, creando un coste de oportunidad¹ y generando importantes conflictos éticos². Para esta toma de decisiones se tuvieron en cuenta, en primer lugar, los criterios clínicos relacionados con un mejor pronóstico de supervivencia para identificar a los pacientes con mayores posibilidades de beneficiarse de estos recursos, considerando que inicialmente se desconocían la mayoría de las características de la enfermedad. Estas decisiones tenían un importante componente legal, ya que se podía privar a algunos pacientes de un recurso sanitario que potencialmente precisaban para superar la enfermedad³. Por último, una vez definidos unos criterios clínicos en un marco legal específico, fue necesario tener en cuenta una serie de principios éticos en la distribución de los recursos⁴. Se desconoce la influencia relativa de estas decisiones y de otros factores implicados en el exceso de mortalidad observado en la primera ola de la pandemia en España: un aumento del 20% en el número de muertes por encima de lo esperado, superior al de países como Francia (11%) y el Reino Unido (18%), similar al de Italia y los Estados Unidos (22%), y menor que el de la República Checa (30%)⁵. Además, hubo variaciones según la evolución de la pandemia en las distintas comunidades e incluso en distintos grupos de edad, estimándose que el exceso de mortalidad afectó en mayor medida a los mayores de 74 años⁶. Con la perspectiva que da el tiempo transcurrido desde que se declaró el primer estado de alarma, se revisan estos tres pilares fundamentales en el abordaje de la priorización de recursos sanitarios en pandemia —criterios clínicos, marco legal correspondiente y principios éticos aplicables— con el objetivo de plantear una reflexión sosegada sobre lo acontecido y subrayar la importancia de incorporar en las estrategias para futuras crisis sanitarias los principios éticos considerados críticos desde el inicio.

Criterios clínicos en la priorización

Es importante diferenciar las decisiones derivadas del triaje de las asociadas a la adecuación de medidas terapéuticas, que se realizan habitualmente, en relación al inicio o la retirada de determinados tratamientos, y las del rechazo de tratamiento por parte de un paciente. En las primeras, el recurso sobre el que se decide no es (o no tiene por qué ser) un recurso fútil para ese paciente, mientras

que los principios de proporcionalidad y futilidad desempeñan un importante papel en las decisiones de adecuación⁷. Por otro lado, las decisiones de triaje tampoco consideran de manera primaria las preferencias y los valores del paciente, que son centrales en las decisiones de rechazo de tratamiento, por lo que el coste de oportunidad asociado a las decisiones de triaje es mayor. Si bien las decisiones de triaje han sido necesarias en el contexto epidémico actual, su defensa solo está justificada como un mal menor en esta coyuntura^{8,9}.

Los criterios propuestos en la mayoría de los protocolos de triaje han combinado la evaluación clínica y el uso de variables pronósticas a corto y largo plazo. Todos estos datos pretendían resumir de manera ordenada y objetiva cuestiones tan complejas como la probabilidad de supervivencia de un paciente al ingreso, la duración estimada de la necesidad de medidas de soporte ventilatorio avanzado, las expectativas de reversibilidad y recuperación tras el ingreso, o el impacto del ingreso en la situación funcional de los pacientes y en su calidad de vida¹⁰.

Para la estimación del pronóstico a corto plazo de los pacientes, en la mayoría de los centros nacionales se optó por el uso de escalas como la APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II*) y la SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), que mediante variables clínicas valoran la gravedad de los pacientes y sus posibilidades de sobrevivir a ese ingreso. La estimación del pronóstico a largo plazo es, sin duda, mucho más difícil. Para ello, los equipos médicos utilizaron escalas de valoración de la situación basal de los pacientes, así como información sobre el número y la gravedad de las otras enfermedades que pudiera tener un enfermo. En algunos casos, con objeto de evitar la discriminación de colectivos con discapacidad, se incluyó una consideración específica no solo dirigida a la evaluación del grado de dependencia funcional o cognitivo-intelectual, sino también a su potencial progresión en el tiempo (procesos de discapacidad estables, como por ejemplo la discapacidad intelectual congénita, frente a procesos que pudieran entrañar mayor discapacidad a corto-medio plazo, como algunos procesos neurodegenerativos).

Finalmente, en distintos protocolos se hace mención a la edad como variable de decisión. Si bien este es un factor pronóstico muy relevante para muchas decisiones sanitarias, como se desarrolla posteriormente, establecer un punto de corte específico y excluyente basado en la edad es éticamente conflictivo e insostenible desde el punto de vista legal. Aunque no se trata de denegar ni limitar la asistencia, y desde el punto de vista clínico hay que tener en cuenta que situaciones de fragilidad clínica o ancianidad influyen negativamente en el pronóstico a corto plazo en casos de neumonía vírica grave con un ingreso prolongado con soporte ventilatorio avanzado. Por esta razón, la mayoría de los protocolos optaron por incluir la edad como una variable más a tener en cuenta en la valoración global^{11–13}.

Marco legal de la priorización

Desde la perspectiva del Derecho, la pandemia ha planteado un escenario completamente inesperado de problemas jurídicos. Del derecho a la protección de la salud al *habeas corpus*, derechos constitucionales que considerábamos inquebrantables han mostrado su fragilidad. El riesgo de discriminación asociado al proceso de priorización de recursos sanitarios escasos ha colocado el problema del derecho a la salud en el primer plano de ese escenario jurídico pandémico.

En el caso del acceso a soporte ventilatorio avanzado, el silencio inicial de las autoridades competentes dio lugar a una situación en que la toma de decisiones y la determinación de los criterios de priorización se realizó prácticamente en cada centro hospitalario,

sin más directrices comunes que las emitidas por las sociedades científicas.

Sin embargo, la decisión de cómo priorizar los recursos y conforme a qué criterios realizarla no es estrictamente científica, sino también jurídico-política y compete al Ministerio de Sanidad; al margen de poder adaptarla posteriormente, en el ámbito autonómico o incluso inferior, en función de la situación epidemiológica. Lo que estaba en juego no era simplemente la gestión de un servicio de urgencias, sino el ejercicio de derechos fundamentales. Esta perspectiva convierte la decisión en jurídica, y la conecta con un marco material de principios, al que nos referiremos más adelante. Sin embargo, y puesto que el ordenamiento jurídico no puede ni debe concretar la determinación de los criterios de priorización coherentes con ese marco de principios y valores constitucionales, la decisión tiene un carácter también político que ha sido preciso reivindicar frente a las pretensiones científicas que surgieron en los primeros momentos de la pandemia³.

Por último, se trataba de una decisión en la que era preciso contar con el Comité Nacional de Bioética como órgano consultivo que nuestro ordenamiento jurídico creó para el asesoramiento del gobierno en cuestiones éticas y sociales relacionadas con la biomedicina y las ciencias de la salud, que fue consultado por el Ministerio de Asuntos Sociales, ante la preocupación del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) por la potencial violación de los derechos de estas personas en el contexto de priorización de los recursos¹³.

Aunque no es exactamente comparable la estrategia de vacunación frente a la COVID-19, por no estar implicado el racionamiento, en este tema el Ministerio de Sanidad ha ejercido la responsabilidad que le compete estableciendo directrices comunes para todo el territorio nacional. Siendo una decisión que ha de tomarse teniendo en cuenta criterios científicos, estos no han sido los únicos que se han considerado al determinar qué colectivos de personas se vacunarían de forma prioritaria. El Ministerio, en el marco del Consejo Interterritorial, nombró un grupo de trabajo del que forman parte expertos en epidemiología, miembros del Comité de Bioética de España, representantes de las asociaciones profesionales y de las sociedades científicas, y expertos en opinión pública (además de los representantes de las comunidades autónomas). Este grupo de trabajo elaboró una estrategia de vacunación que ha ido actualizándose periódicamente y que marca las pautas de actuación para todo el territorio nacional¹⁴.

Consideramos que en el futuro sería idóneo que este grupo de trabajo tomara en consideración los resultados de procesos de participación ciudadana en materia de priorización en salud, cuya adecuación comienza a evidenciarse en la literatura científica¹⁵.

En relación con los principios que han inspirado la elección de los criterios de priorización en el acceso a los recursos sanitarios, es preciso subrayar el carácter eminentemente utilitarista de la «filosofía vehicular» de la distribución de los recursos durante la primera ola de la pandemia. En los documentos de las sociedades científicas en los que se inspiran los protocolos aplicados en los hospitales encontramos criterios susceptibles de generar discriminación, como el criterio etario¹⁶, el de salvar «más años de vida ajustados a la calidad»¹¹, el de dar prioridad a la «supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada», el del «valor social de la persona» o el «deterioro cognitivo por demencia u otra enfermedad degenerativa»³. Estos criterios se determinan desde principios no explícitos, pero que dejan traslucir una filosofía que no es acorde con la que hemos asumido en nuestro texto constitucional. La Constitución Española, en su artículo 10, configura la dignidad de la persona como el «fundamento del orden político y de la paz social», es decir, reconoce a la dignidad un valor prepolítico y que constituye, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Constitucional, un *prius* lógico y ontológico para la existencia y el reconocimiento de los demás derechos (STC 53/1985, de 11 de abril,

fundamento jurídico 3). Desde esa óptica, la estrategia de vacunación ha hecho explícitos los principios que, de acuerdo con el marco constitucional, guían la determinación de criterios de priorización.

Principios éticos que deben tenerse en cuenta en la priorización de los recursos en pandemia

Como ya se ha comentado, para el proceso de priorización en la asignación de recursos sanitarios no era suficiente emitir una serie de criterios clínicos de acuerdo con el marco legal vigente, sino que había que considerar una serie de principios éticos. Entre los diferentes abordajes cabe mencionar las propuestas de algunos autores que comparan las distintas perspectivas, como la libertaria, la igualitaria, la utilitaria y la comunitaria¹; las de quienes plantean la necesidad de tener en cuenta principios como la equidad, la solidaridad o la reciprocidad, entre otros¹⁷; garantizar la salvaguarda de los derechos humanos¹⁸; atender a los estándares éticos de la salud pública¹⁹; incorporar conceptos como la proporcionalidad en la utilización de recursos²⁰; e incluso tener en consideración determinantes morales en los profesionales sanitarios²¹. En todos estos abordajes no nos vamos a detener por cuestión de espacio.

Emanuel et al.²² agrupan las propuestas de asignación de recursos en cuatro valores fundamentales: maximizar los beneficios producidos por los recursos escasos, tratar a las personas por igual, promover el valor social y dar prioridad a los más graves y desfavorecidos. De este modo, no es posible asumir solo uno de estos valores individualmente, sino que se debería considerar una combinación de ellos en cada caso. Además, cada uno de los valores puede instrumentalizarse a su vez por varios enfoques; por ejemplo, se pueden maximizar los beneficios salvando el mayor número de vidas individuales o salvando la mayor cantidad de años de vida²³.

Uno de los primeros puntos críticos fue establecer cuál debería ser el objetivo de la priorización en la asignación de los recursos sanitarios: salvar el mayor número de vidas posibles, maximizar los años de vida salvados para dar posibilidad de vivir más tiempo o tener en cuenta la calidad de vida priorizando la supervivencia libre de discapacidad²⁴. Por otra parte, asumiendo el valor «vida humana» dando prioridad a las personas con mayor riesgo de muerte, no habría que descuidar al valor «salud» asignando los recursos necesarios a las personas con menores necesidades inmediatas²⁵. En este sentido, el primer criterio fue el recomendado por la Organización Mundial de la Salud²⁶ y por el Comité de Bioética del Consejo de Europa²⁷, aunque inicialmente la mayoría de las sociedades científicas europeas recomendaron un criterio utilitario en combinación con el de salvar más años de vida²⁸. En esta línea, tal como antes se ha comentado, la inclusión de la edad como criterio prioritario en la asignación de recursos fue éticamente controvertida. La única excepción posible a este principio general es la que afecta a la priorización de los niños, no ya solo por razones éticas, sino por las implicaciones jurídicas inherentes a la ratificación por nuestro país de la Convención de Derechos del Niño y la aceptación como criterio normativo del superior interés del menor, como también reflejó en su informe el Comité de Bioética de España¹³.

Además, este criterio de salvar el mayor número de vidas fue modulado o podría haberlo sido, desde el punto de vista ético, por diferentes principios que se describen a continuación.

En primer lugar, el principio de equidad es reconocido como uno de los valores que deben tenerse en cuenta en el triaje²⁵. La distribución de los recursos debería ser igual para todos los ciudadanos de España. No sería justo que dos personas con las mismas características tuvieran un acceso diferente a los recursos en función de la comunidad o incluso del hospital donde se encontraran, ni que los criterios de priorización fueran diferentes de unos lugares a otros. En este contexto, una mayor colaboración en la distribución de los recursos podría haber sido adecuada, tal como propuso el

Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena al inicio de la pandemia, planteando la necesidad de colaboración tanto entre las distintas comunidades autónomas como entre los hospitales públicos y privados²⁹. Propuesta que, aunque fue refrendada por algunos autores³⁰, no tuvo gran impacto, ya que la colaboración y la transferencia de recursos fue muy limitada, pudiendo tener su reflejo en los diferentes excesos de mortalidad por comunidades⁶. Por otra parte, esta equidad también debería aplicarse en otros aspectos, como el género, de manera que algunos autores sugieren que se ha podido producir un mayor esfuerzo terapéutico en los hombres dado que, a igual gravedad, en España hubo un mayor ingreso de varones en las unidades de cuidados intensivos³¹, así como en Japón un retraso en el diagnóstico en las mujeres³².

La inclusión del valor social de los pacientes como criterio de priorización, por parte de una sociedad científica, fue muy controvertida¹¹; de hecho, motivó una solicitud de informe al Comité de Bioética de España¹³. En ese informe se describe este enfoque como utilitarista, de modo que podría vulnerar el principio del respeto a la dignidad de las personas. De esta forma se podría decir que los pacientes tienen un valor ontológico por el hecho de ser personas, y no se puede establecer éticamente un valor en función de su utilidad³³.

La transparencia constituye un principio fundamental en la confianza de la sociedad, de forma similar a como se maneja la lista de espera de trasplante de órganos en el ámbito nacional; una experiencia de éxito en la que se establecen unos criterios con una base clínica y transparente, y con un plan de difusión adecuado³⁰.

Es necesario considerar las circunstancias de excepcionalidad que motivaron la necesidad de priorización en la asignación de recursos ante la sobrecarga del sistema sanitario en la pandemia y la limitación de estos; no obstante, en el momento en que se salga de esta excepcionalidad y se equilibren la oferta y la demanda, se debería dejar de priorizar. En algunos casos, fuera de los picos de pandemia en los que los índices de ocupación de las unidades de cuidados intensivos disminuyeron, se mantuvieron los criterios de priorización como si fueran protocolos clínicos a seguir.

El principio de autonomía del paciente exige tener en cuenta la opinión informada de los pacientes, para adecuar los esfuerzos terapéuticos a sus deseos siempre que sea posible, respetar el rechazo al tratamiento y conocer sus voluntades anticipadas.

Otro tema que generó debate fue la priorización del personal sanitario en la asignación de recursos en caso de que los precisasen. Siguiendo el mismo argumento anterior de utilidad social, podría criticarse por utilitarista y ser éticamente controvertido; salvar a los sanitarios con el objetivo de que puedan reincorporarse y seguir atendiendo a los pacientes, como ocurre en la medicina de guerra con los soldados. En cambio, se planteó la necesidad de priorizar basándose en el principio de reciprocidad, considerando que puesto que los sanitarios se estaban exponiendo a un riesgo desproporcionado, en ocasiones sin las medidas de protección adecuadas, como se demostró con un aumento de la prevalencia de infectados con respecto a otros colectivos, se justifica éticamente darles acceso prioritario a los recursos que precisen^{11,13}. Estos argumentos han sido cuestionados por algunos autores^{9,30}. Finalmente, se propuso realizar esta priorización solo a los sanitarios directamente implicados en la atención de pacientes con COVID-19 o que pudieron asumir un riesgo desproporcionado³⁴. La duda obvia que permanece es si no deberían incluirse otras profesiones, además de las sanitarias, en esa priorización (agentes de policía, trabajadores sociales, etc.). La discusión resulta, por desdoblado, compleja.

En la priorización de las vacunas sí se respetaron la mayoría de los principios éticos que se acaban de exponer, si bien la vacunación presenta ciertas diferencias respecto a, por ejemplo, la limitación de recursos de soporte ventilatorio avanzado. En este caso, la decisión clínica era más inmediata y se tomó en un contexto clínico

determinado, mientras que en el caso de la vacunación se trataba de priorizar en el tiempo, ya que todos recibirían la vacuna, antes o después. Había que decidir quién la recibiría antes y quién después, y aunque la priorización en el tiempo tiene consecuencias, son menos dramáticas que la priorización en la asignación de recursos, que se trataba de una priorización de la exclusión o racionamiento³⁵. Para ello, se propuso un comité técnico de ámbito nacional, que revisó periódicamente las evidencias científicas, teniendo en cuenta los aspectos legales y bioéticos, y en el que participaron juristas y eticistas, representantes del Comité de Bioética de España¹⁴. Se estableció el objetivo de priorizar las vacunas en las personas con mayor riesgo de enfermedad grave, de manera que se garantizase la equidad en todo el territorio nacional. Se comunicaron los criterios de forma transparente y fueron adecuándose en el tiempo en función de las condiciones variantes. La participación ciudadana en este grupo técnico podría ser muy valiosa, contribuyendo a la legitimación social de estos criterios. Finalmente, en relación a la obligatoriedad o no de las vacunas, aunque podía haber un sustento legal para ello, se optó por medidas de promoción, educación y recompensa, garantizando la autonomía en la decisión de los ciudadanos. Por todo ello se puede hablar de un proceso de priorización mejor estructurado y con mayor respeto a los principios éticos que el de la priorización de recursos al inicio de la pandemia. Es aconsejable que, en el supuesto de que situaciones como las de la primera ola se reprodujeran en el futuro, el proceso de toma de decisiones respondiera a este segundo patrón.

Conclusiones

Desde un punto de vista material, los criterios de priorización deben basarse en principios que reflejen como filosofía vehicular la que hemos asumido constitucionalmente como Estado social y democrático de Derecho, que no responde al utilitarismo, sino al personalismo. Cualquier filosofía de distribución de recursos debe tener presente la perspectiva científica, constitucional y, con ellas, las de los derechos fundamentales y principios bioéticos. El principio de necesidad (igual necesidad, igual acceso al recurso), el principio de equidad (que aconseja priorizar a los grupos de población más vulnerables), la transparencia (fundamental en la confianza de la sociedad) y el principio de reciprocidad (que exige proteger a los sectores de la población que asumen más riesgos, como los sanitarios) son principios éticos invocados en la estrategia de vacunación que nunca debieron ser preteridos y que deben consolidarse como principios relevantes para cualquier determinación de criterios que pueda elaborarse en el futuro en el contexto de nuevas crisis sanitarias.

Contribuciones de autoría

D. Real de Asua realizó el primer borrador de la sección «Criterios clínicos en la priorización». M. Albert realizó el primer borrador de la sección «Marco legal de la priorización». J. Ruiz-Hornillos realizó el primer borrador de las secciones «Introducción», «Principios éticos que deben tenerse en cuenta en la priorización de recursos en pandemia» y «Conclusiones». Todas las personas firmantes contribuyeron a la redacción del artículo, hicieron una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobaron la versión final.

Agradecimientos

Al resto de las personas miembros del grupo de investigación WP6: *Impacto de aspectos bioéticos y socioeconómicos de la epidemia Covid19*: Pedro Pacheco Martínez, Juana María Marín, José María Abellán, María Auxiliadora Nieves Vázquez, Pilar Hernández

Suárez, Fernando Ignacio Sánchez Martínez, Jorge Eduardo Martínez Pérez y Victoria Trasmontes, que con sus reflexiones en las reuniones de trabajo han contribuido a las ideas plasmadas en este artículo.

Financiación

Este estudio forma parte del proyecto de investigación que ha recibido financiación pública del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación de España (COV20/00181).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Martin-Fumadó C, Gómez-Duran EL, Morlans Molina M. Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia del COVID-19. *Rev Esp Med Legal*. 2020;46:119–26.
- De Montalvo F, Bellver 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. *Derecho y Salud*. 2020;30:58–73.
- Albert M. Vulnerability and health care. *Law and medical protocols*. *Cuad Bioet*. 2020;31:183–202.
- Hortal-Carmona J, Padilla-Bernáldez J, Melguizo-Jiménez, et al. La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia. *Gac Sanit*. 2021;35:525–33.
- Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *Elife*. 2021;10:e69336.
- Sánchez R. El exceso de mortalidad en la pandemia: a las 46.000 muertes de más de la primera ola se suman ya 44.000 desde septiembre. 2021 (Consultado el 5/11/2021.) Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/muertes-esperadas-septiembre-evolucion-peor-crisis-mortalidad-inicio-democracia-exceso-momo-29-de-octubre_1_6946073.html.
- Lewis ET, Harrison R, Hanly L, et al. End-of-life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: a qualitative consultation. *Health Expect*. 2019;22:405–14.
- Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, et al. [Terminology in clinical bioethics]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53:750–61.
- Real de Asua D, Fins JJ. Should healthcare workers be prioritised during the COVID-19 pandemic? A view from Madrid and New York. *J Med Ethics*. 2021; medethics-2020-107050.
- Ruiz-Hornillos J, Hernández Suárez P, Marín Martínez JM, et al. Bioethical concerns during the COVID-19 pandemic: what did healthcare ethics committees and institutions state in Spain? *Front Public Health*. 2021;9:737755.
- Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (Consultado el 29/2/2021.) Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. (Consultado el 5/11/2021.) Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/coronavirus-n.p..comision.central.de.deontologia.en.relacion.a.la.priorizacion.de.las.decisiones.sobre.los.enfermos_23.03.20.pdf.
- 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. (Consultado el 28/2/2021.) Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
- Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. (Consultado el 4/2/2021.) Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19.EstrategiaVacunacion.pdf>.
- Sánchez-Ledesma E, Pérez A, Vázquez N, et al. La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. *Gac Sanit*. 2018;32:187–92.
- Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, et al. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili. *Recenti Prog Med*. 2020;111:207–11.
- Jeffrey DI. Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics*. 2020;46:495–8.
- Bellver Capella V. Bioética, derechos humanos y COVID-19. *Cuadernos de Bioética*. 2020;31:167–82.
- Prah Ruger J. Positive public health ethics: toward flourishing and resilient communities and individuals. *Am J Bioeth*. 2020;20:44–54.
- Fins JJ, Miller FG. Proportionality, pandemics, and medical ethics. *Am J Med*. 2020;133:1243–4.
- Berwick DM. The moral determinants of health. *JAMA*. 2020;324:225.
- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2049–55.
- Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373:423–31.
- De Miguel I. Triaje en tiempos de pandemia: un análisis a partir de las limitaciones del marco jurídico español. En: Atienza E, Rodríguez JF, editores. *Las respuestas del Derecho a las crisis de Salud Pública*. Madrid: Dykinson; 2020.
- Bazyar J, Farrokhi M, Salari A, et al. The principles of triage in emergencies and disasters: a systematic review. *Prehosp Disaster Med*. 2020;35:305–13.
- World Health Organization. Disability considerations during the COVID-19 outbreak. WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>.
- Comité de Bioética (DH-BIO), Consejo de Europa. Statement on human rights considerations relevant to the Covid-19 pandemic. Bruselas; 2020. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/treaties-recommendations>.
- Teles Sarmiento J, Lirio Pedrosa C, Carvalho AS. What is common and what is different: recommendations from European scientific societies for triage in the first outbreak of COVID-19. *J Med Ethics*. 2021; medethics-2020-106969.
- Departamento de Bioética Clínica, Hospital Universitario Infanta Elena. Consideraciones éticas del Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena acerca del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos. (Consultado el 29/2/2021.) Disponible en: <https://www.hospitalinfantaelena.es/es/pacientes/recomendaciones/debesaber-coronavirus.ficheros/1571898-Consideraciones%20%C3%A9ticas%20COVID19.pdf>.
- Herreros B, Gella P, Real de Asua D. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *J Med Ethics*. 2020;46:455–8.
- Ruiz-Cantero MT. Ceguera de género en la información sobre la COVID-19. Los datos hablan. *Gac Sanit*. 2022;36:90–1.
- Ogata T, Tanaka H. High probability of long diagnostic delay in coronavirus disease 2019 cases with unknown transmission route in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:E8655.
- Montalvo Jääskeläinen F, Bellver Capella V. Priorizar sin discriminar: la doctrina del Comité de Bioética de España sobre derechos de las personas con discapacidad en un contexto de pandemia. *Igualdades*. 2020;313–41.
- Fins JJ. Pandemics, protocols, and the plague of Athens: insights from Thucydides. *Hastings Cent Rep*. 2020;50:50–3, 10.1002/hast.1132.
- De Montalvo Jääskeläinen F. La sombra de Bentham es alargada. *Pandemia y priorización de recursos escasos*. Clausura del Máster en Bioética de la Universidad Rey Juan Carlos. Junio de 2021.