

**Especialización en Bioética Facultad de Medicina  
Universidad de La Sabana**

**Monografía de profundización**

**DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR  
COVID 19**

Trabajo de grado presentado para la obtención de título de Especialista en  
Bioética

**Alumna**

Catalina Leño Ramírez  
Estudiante de Especialización en Bioética  
Universidad de La Sabana  
Chía – Colombia  
2021

**Tutor**

Pedro José Sarmiento Medina  
Universidad de La Sabana  
Chía – Colombia  
2021

“Considerar nuestra “existencia provisional” como algo irreal constituía un factor primordial para que la vida se les fuese entre las manos a los prisioneros, porque todo se revestía como carente de sentido. Tales personas olvidaban que, en multitud de ocasiones, son las circunstancias excepcionalmente adversas o difíciles las que otorgan al hombre la oportunidad de crecer espiritualmente más allá de sí mismo.”

**VIKTOR EMIL FRANKL**

*El hombre en busca de sentido*

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	5
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
3. OBJETIVO GENERAL .....	7
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1. PANORAMA DE LA BIOÉTICA EN LA MEDICINA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19.....	9
6. RESULTADOS .....	25
6.1. LOS 5 PRINCIPALES DESAFÍOS BIOÉTICOS DE LA MEDICINA EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	25
6.1.2. Priorización en la asignación de recursos: racionamiento y Triage. 25	
6.1.3. Difusión de información.....	39
6.1.4. Compromiso moral y emocional .....	43
6.1.5. Limitaciones en Investigación .....	48
6.1.6. Realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) en el paciente con infección por COVID 19 .....	52
7. CONCLUSIONES.....	57
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60

## 1. INTRODUCCIÓN

La infección por COVID 19 que se identificó por primera vez en diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan en China, clínicamente manifestada como un síndrome de dificultad respiratoria grave propagado rápidamente a nivel local y posteriormente internacional, fue declarada el 30 de enero del año 2020 por La Organización Mundial de la Salud (OMS) como emergencia de salud pública internacional, y posteriormente el 11 de marzo del mismo año, fue declarada pandemia, cobrando millones de muertes alrededor del mundo. A pesar de las medidas instauradas desde el inicio de la emergencia para la prevención del contagio, la pandemia aún no ha sido controlada, requiriendo de la ardua labor de la ciencia y la tecnología en el campo investigativo para el desarrollo de evidencia científica de tratamientos efectivos que pongan fin a los contagios y sus complicaciones, las muertes producto de la enfermedad, y los múltiples efectos devastadores a nivel social y económico que ha dejado como crisis sanitaria (1).

De esta manera, se hace imperativo la disposición plena de los organismos de control de las respectivas naciones, encabezadas por los gobiernos y entidades reguladoras de los sistemas de salud de cada país, bajo el liderazgo de la OMS; para el desarrollo de estrategias y protocolos en salud pública, que instauren las pautas de manejo para el control y mitigación de los efectos de la pandemia global, a través de la declaración de actos legislativos resultado de la evidencia científica. Igualmente, dichas entidades gubernamentales, cuentan con la tarea de difundir la información resultante de los estudios del nuevo coronavirus alrededor del mundo, bajo determinados criterios y recomendaciones para asegurar que la población mundial se encuentre actualizada e informada del curso de la pandemia, las medidas de mitigación y los tratamientos disponibles (2,3).

Sin embargo, las medidas instauradas para el control de la pandemia no son suficientes para la mitigación de los daños derivada de la misma, debido a la presencia de desafíos que se presentan de forma persistente en el control de la infección durante la práctica clínica. Estos desafíos involucran un potencial riesgo de colapso de los servicios de salud, debido principalmente a la falta de

recursos que se hacen insuficientes frente a la alta demanda de pacientes como resultado de las elevadas tasas de transmisión del virus, obligando a los médicos a instaurar estrategias de priorización a través del Triage y racionamiento de los recursos, procesos donde el principal riesgo lo corre la vida y dignidad de las personas (4).

Otros desafíos, representan la alta carga emocional que afecta a ciudadanos y el personal de talento humano en salud que hace frente a la crisis, debido a la inestabilidad y vulnerabilidad de la vida frente al contexto de “normalidad” conocido previamente. Retos que demanda la investigación en los procesos de protección a la integridad de persona humana, así como la difusión de información falsa que compromete indirectamente la vida de las personas al obstaculizar la adherencia de la población a las medidas globalmente instauradas; y finalmente, la toma de decisiones en relación a la realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) en el contexto de escasez de recursos y alto riesgo de contagio durante las intervenciones (4).

Estos hechos, han planteado múltiples cuestiones humanas y dilemas morales que demandan la importancia de realizar un análisis reflexivo acerca de los aspectos humanísticos y bioéticos de la vida diaria, soportados en un enfoque de principios y valores morales, que en el abordaje interdisciplinar de los actos humanos en cuestión, brindan claridad a los dilemas éticos que surgen en el día a día. Así, en el sector de la salud, principalmente afectado con la crisis sanitaria, la practica clínica orientada por comités de Bioética y el uso de modelos bioéticos vigentes, facilita la resolución de los dilemas, modelos que históricamente, han protegido las pautas del respeto y bienestar de los seres humanos dentro de una sociedad en los diferentes procesos de vulnerabilidad de la vida humana, como aquellos sometidos a investigación (2, 5).

## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

La pandemia por COVID 19 ha sido una situación devastadora para la historia de la humanidad debido a la alteración del orden social que trajo consigo, ya que

al igual que en pandemias pasadas, refleja un antes y después en las sociedades del mundo, al inducir una revolución en todos los niveles y dimensiones de la vida humana, incluyendo del campo científico. Esta premisa involucra el surgimiento de dilemas éticos, donde se ponen en juego los principios y valores del ser humano, en la medida que se hace necesario para a los médicos tratantes, la toma de decisiones difíciles con respecto a la vida del hombre en los procesos de atención médica de pacientes infectados con COVID 19.

Esto supone un reto para el sector de la salud como entidad a cargo del desarrollo de medidas que hacen frente a la pandemia, ya que al tratarse de una crisis sanitaria que involucra dilemas éticos, estos se presentan como desafíos que se tornan en barreras ante el control favorable de la infección, la mitigación de daños y la protección de la vida en sí.

Como resultado al surgimiento de dichos desafíos, siendo los principales la escasez de recursos, la circulación de información falsa, el compromiso emocional derivado del impacto negativo de la pandemia, las limitaciones en investigación o la decisión de reanimar o no a pacientes con enfermedad grave por COVID 19; se expone al hombre al riesgo potencial de sufrir daños y perjuicios en su integridad como persona humana, requiriendo del uso de disciplinas como la Bioética, que permitan el adecuado abordaje de estos dilemas morales, con el fin de proteger la dignidad humana sustentada en el fundamento antropológico.

El trabajo monográfico aquí propuesto, se ocupa entonces a las inquietudes que la autora de este trabajo ha presentado como médico en el ejercicio de su profesión en tiempos de pandemia, considerando necesario abordar los principales desafíos que involucran dilemas morales durante los procesos de atención sanitaria, a través de una profundización de los aspectos bioéticos en un enfoque de principios y valores, y propone argumentos aceptables hallados en la literatura para la toma de decisiones en situaciones de crisis, como el caso de la pandemia actual.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los principales desafíos que se presentan en el ejercicio de la atención en salud en el contexto de la pandemia por COVID 19 y cuál es la importancia de la Bioética como campo de acción frente a estos desafíos?

## **3. OBJETIVO GENERAL**

Profundizar en los desafíos clínicos originado en la atención a pacientes con COVID 19 y determina la importancia de la Bioética como herramienta interdisciplinaria en la toma de decisiones que se presentan en el contexto.

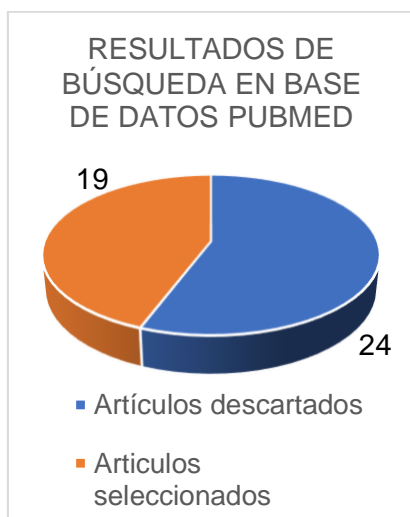
### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.1.1. Determinar los principales desafíos que afronta el personal de salud en la atención de pacientes durante la pandemia por COVID 19.
- 3.1.2. Profundizar en los aspectos bioéticos de los desafíos encontrados.

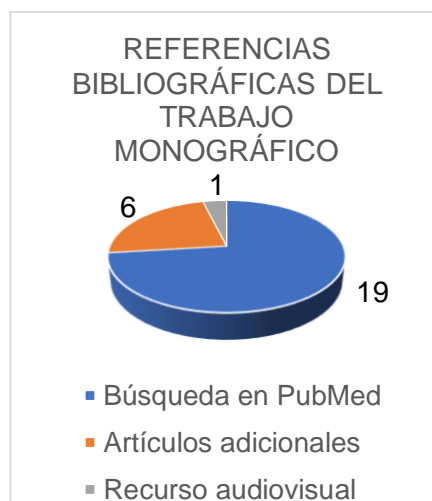
#### 4. METODOLOGÍA

Con base a la pregunta de investigación propuesta, se realizó un trabajo monográfico de profundización temática, a la luz de los objetivos generales y específicos. Se realizó una búsqueda de la literatura en la base de datos de *PubMed*. Se emplearon como motores de búsqueda las expresiones “*Bioethics*” y “*Covid*”. La búsqueda fue refinada al filtrar los artículos de acceso libre, publicados entre los años 2016 y 2021, de tipo “revisión” incluyendo revisiones sistemáticas; obteniendo 43 resultados. Se depuró la muestra con base al título y resumen, seleccionando 19 documentos finales para emplear en el trabajo monográfico de estos (*Figura 1*).

Como contenido adicional, se tuvieron en cuenta 6 artículos y 1 recurso audiovisual, obtenidos como referencias en las clases de la especialización en Bioética de la Universidad de La sabana impartidas durante el período académico 2020-2 y 2021-1, para un total de 26 referencias bibliográficas (*Figura 2*).



*Figura 1.*



*Figura 2.*



## **5. MARCO TEÓRICO**

Autores de publicaciones relacionadas con la infección por el SARS-CoV-2 en todo el mundo, han definido la carencia de referencias bibliográficas específicas sobre el papel de la Bioética en las crisis sanitarias derivadas de brotes epidemiológicos, pese al relevante énfasis expresado en la mayor parte de las publicaciones emitidas, acerca de la necesidad de proporcionar argumentos y parámetros éticos en torno a los procesos de atención médica de los pacientes en el contexto de la pandemia por este virus (6).

### **5.1. PANORAMA DE LA BIOÉTICA EN LA MEDICINA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19**

En el desarrollo de la vida humana se han presentado diferentes situaciones ajenas al hombre que han inducido “crisis sociales” y por ende, han revolucionado la humanidad, al propiciar cambios a nivel social, económico, político y moral, como es el caso de la propagación masiva de enfermedades infecto - contagiosas que ponen en riesgo la vida y la salud de la población afectada en niveles magnos. La pandemia por COVID-19, considerada tal vez la pandemia más severa a la que se haya enfrentado el mundo, ha desatado una crisis global, trayendo consigo una serie de consecuencias que marcan un antes y un después en la vida de todos sus habitantes. De igual manera, ha aumentado los requerimientos en la presencia de todas las dimensiones posibles del hombre, generando una demanda aguda e intensa de las necesidades básicas del mismo, que tienen como fin la supervivencia y el control de las cargas que sobrepasan los límites de dominio actual con los que cuenta (7).

Lo cierto es que dichas demandas no corresponden solo a la facultad material del ser humano, sino que al promover una alteración del orden en su vínculo directo con hechos naturales como la vida y la muerte, potencia el surgimiento de dilemas éticos que requieren más que nunca la presencia de disciplinas que enfoquen y orienten al ser humano en la adecuada toma de decisiones para solventar los problemas que surgen durante la crisis, ya que las circunstancias cambian, pero no modifican los principios éticos del hombre. En este sentido,

una de las áreas más afectadas la representan los sistemas de salud de todos los países del mundo, sin discriminar ideologías, doctrinas o culturas de ningún tipo, y abarcando desde las grandes potencias mundiales, hasta aquellos estados en vía de desarrollo, propiciando así, la aparición de retos y desafíos nunca antes vistos en tal magnitud, incluyendo aquellos de índole moral, para los gobiernos, el personal de talento humano en salud, científicos e investigadores, y la población general (5, 7).

La crisis por la pandemia del COVID 19, corresponde a la emergencia sanitaria secundaria al desarrollo de la infección por un nuevo coronavirus humano identificado como SARS-CoV-2, cuya composición fisiológica y estructural difiere del SARS-CoV-1 previamente conocido, debido a un aumento en sus factores de virulencia, resultando en una afinidad 10 o 20 veces mayor por parte de sus receptores celulares en los seres humanos, lo cual en su comportamiento epidemiológico, se manifiesta con altas tasas de diseminación y contagio entre las poblaciones humanas, 100% susceptibles a esta infección, y la consecuente propagación por el aumento exponencial de casos en todo el mundo. En respuesta a esta gran crisis, los estados en cabeza de las grandes potencias mundiales y liderados por la orientación de la OMS, personal médico y miles de científicos; iniciaron un proceso de alerta con lucha diaria y persistente con el fin de controlar la propagación y contagios por la infección y contrarrestar los efectos que ha dejado en la humanidad como lo son las altas tasas de mortalidad y morbilidad entre los países afectados (5).

En consecuencia a la lucha que enfrentan las poblaciones y principalmente los sistemas de salud a nivel mundial, han surgido en paralelo una serie de problemas legales, sociales y éticos que representan un gran desafío a la hora de enfrentarlos, reconociendo la necesidad invaluable de la presencia de disciplinas como la Bioética como herramienta “orientadora y reguladora”, en la prevención objetiva de daños y perjuicios a la población, a la vez que reconoce e identifica las necesidades de las comunidades, principalmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad debido a su limitación en el acceso a servicios de salud, presencia de patologías crónicas identificadas como factores de riesgo para el desarrollo de infección severa por COVID 19, condiciones de

hacinamiento y pobreza extrema, entre otras; y finalmente, emite respuestas y soluciones a los conflictos morales que surgen durante los procesos de atención sanitaria en todos los niveles durante la pandemia. Debido a esto, la OMS ha establecido una serie de obligaciones éticas para todos los proveedores de atención médica, representadas en tres categorías distintas: moral, profesional y legal (7, 8).

A nivel legal, la Política representa el nivel “macro” al ser liderada por los gobiernos como entidades encargadas de controlar y proporcionar a la población todos los requerimientos necesarios para atravesar problemáticas sociales y económicas, y poder satisfacer las demandas que aumentan exponencialmente en tiempos de crisis, las cuales en condiciones de “normalidad”, estarían absolutamente cubiertas, a través de un enfoque adaptativo de una “nueva normalidad”. En este proceso, la Bioética en un aporte interdisciplinar se une a la política, a través del refuerzo en el sustento antropológico que busca brindar respeto a la dignidad del hombre, y por ende, a la protección de sus derechos humanos, expresados a través de los actos legislativos (3, 7).

Por otro lado, el nivel “micro”, conformado por el individuo que acata normas dentro de una sociedad, independientemente que en función de su profesión u oficio haya participado en la creación de las mismas; se encuentra regido bajo el nivel moral y representado por la “concientización” propia de cada persona frente a las situaciones que enfrenta en su día a día y las que surgen en consecuencia a la crisis actual. Si bien dicha concientización sigue un patrón específico según el orden moral del desarrollo antropológico del hombre, varían según las herramientas personales que le otorgan los principios y virtudes propias de cada individuo, y que hacen el papel de “brújula” en su actuar (4).

Esto propone una especie de “planeación contra la incertidumbre”, debido a la contingencia epidemiológica que se atraviesa frente a un reducido y limitado conocimiento del virus recientemente surgido, en la cual se resalta como eje fundamental la urgencia y necesidad en el aumento de investigación científica como herramienta que provea mayor conocimiento del agente causante de la infección, todas sus características patógenas y epidemiológicas, lo que

conduciría al establecimiento de evidencia científica que contenga la descripción de intervenciones eficaces para el tratamiento contra esta enfermedad. En la misma medida, los conocimientos obtenidos son empleados para la formación de estrategias y políticas de salud pública que contrarresten los índices de morbilidad y mortalidad de la pandemia, y su debido monitoreo para la implementación de medidas correctivas durante el transcurso de los procesos de investigación. Este contexto ha favorecido el estudio constante y comparativo de diversos tratamientos que han sido sometidos a prueba en la medida que avanza simultáneamente la pandemia, obteniendo resultados satisfactorios pese a inexistencia de un tratamiento definitivo eficaz (7, 8, 9).

En paralelo al desarrollo de la investigación, la aparición de innovación científica y la aplicación de sus resultados en los procesos de atención en salud, la Bioética global ha favorecido el análisis de los desafíos originados en el día a día en estos campos, garantizando la protección y respeto de los derechos humanos, y orientando dichos descubrimientos y evidencias científicas, a una perspectiva social, lo que se traduce en la consolidación entre el campo investigativo y el campo epidemiológico a través del enfoque moral, para fortalecer estrategias de prevención y promoción de la salud como parte del manejo de la infección por COVID 19 (2, 8).

Para esto, emplea las declaraciones establecidas a lo largo de la historia en su el desarrollo como disciplina formal, incluyendo en el eje principal, la declaración de Helsinki, a partir de la cual establece las pautas éticas necesarias durante los procesos de investigación en seres humanos, así como el cumplimiento de los objetivos, con la respectiva y continua evaluación de dichas intervenciones para garantizar no solo la seguridad, eficacia y efectividad de los resultados, sino también, su accesibilidad y calidad (2, 8).

En el campo de la investigación científica, uno de los principales retos para la Bioética lo representan los dilemas que surgen en torno a la urgencia en el desarrollo de tratamientos y vacunas contra el SARS-CoV-2, que emplea como metodología ensayos clínicos controlados aleatorios acelerados, ensayos de provocación humana controlada, entre otros; lo cual deja en evidencia la necesidad de un examen detallado de las pautas avaladas para acelerar el

desarrollo de vacunas sin comprometer las normas éticas y científicas establecidas desde siempre, emitiendo juicios concretos que dan paso a la continuidad de los procedimientos científicos (10).

De igual manera, se ha actuado frente a la necesidad de establecer estándares de atención durante estas contingencias epidemiológicas, teniendo como guía a los entes gubernamentales, quienes establecen los parámetros de protección al área de salud pública y las garantías sanitarias de los individuos mediante la legitimación de políticas públicas de intervención frente al control y la contención del brote infeccioso. Algunas de las principales políticas instauradas a nivel global debido a su impacto positivo, representan el establecimiento de cuarentenas obligatorias, regulación de la libre circulación, el seguimiento de personas en contacto con individuos infectados, control de los espacios públicos, entre otras medidas. Frente a esto, se resalta la importancia fundamental de mantener como referente de estos actos legislativos, el respeto a las personas, y en la misma medida, el desarrollo implícito de la confianza necesaria por parte de la población hacia los entes reguladores que hacen frente al manejo de la pandemia (8).

En este ámbito, los gobernantes encargados del establecimiento de dichas políticas en compañía de trabajadores de la salud como asesores y reguladores, deben implementar la aplicación de principios éticos básicos en respeto a la integridad de las personas, lo que incluye la constante evaluación de los resultados de las políticas implementadas y sus aspectos económicos y sociales igualmente integrados, considerando las necesidades de la población, principalmente aquellos en condiciones vulnerables como representantes del “talón de Aquiles” en las medidas de contingencia, así como las necesidades del personal de talento humano en salud que enfrenta la pandemia en primera línea, incluyendo todas las áreas del bienestar de la persona humana: físico, mental, social y espiritual (8).

Considerando entonces la participación activa de cada uno de los individuos que conforman la sociedad en la contención y mitigación del COVID 19, se deben desarrollar e implementar en simultáneo las debidas estrategias de comunicación, igualmente a cargo de los entes reguladores, que de forma

integral no solo permite a la comunidad la adquisición de información oportuna acerca de la creciente pandemia y la evidencia científica disponible debidamente actualizada fruto de la investigación continúa internacional, sino que igualmente favorece y preserva la confianza de la sociedad en el manejo de la contingencia global en salud, concluyendo en procesos satisfactorios de educación oportuna a la población. Sin embargo, esto abre campo a un nuevo reto debido a las faltas en dichos procesos de comunicación, como lo es la circulación de información falsa, no verídica, que en consecuencia derrocó la confianza entre todos los miembros de la comunidad, extrapolando sus consecuencias en afectaciones en la salud físicas por la limitación en los procesos de contención epidemiológica, y la salud mental, debido al aumento de condiciones como la ansiedad frente a la pandemia (8, 11).

Como resultado de estas afectaciones, mediadores y reguladores liderados por el personal de talento humano en la atención de salud, enfrentan una gran carga adicional en todas sus dimensiones, a la vez que se enfrentan al alto riesgo de contraer la infección. Este hecho se ha controlado entre otras medidas, gracias al cumplimiento de las políticas en salud para la contención del virus, principalmente, con el uso permanente y obligatorio de los elementos de protección personal (EPP) definidos en cada contexto según el ambiente de exposición, lo cual disminuye significativamente el riesgo de contagio durante la atención clínica por parte de los profesionales en salud. Este acto, en ocasiones puede tornarse peyorativo, ya que desplaza consideraciones importantes como el compromiso emocional del trabajador de la salud derivado de la alta carga laboral o el miedo al contagio y por ende al riesgo de muerte; al sustentarlo al punto de suprimir esta preocupación exclusivamente con el uso de EPP, sin generar estrategias adicionales de protección de su salud física y mental. Esto trae como consecuencia una serie de implicaciones éticas en cuanto al respeto e igualdad por los derechos de los médicos como personas humanas, ante lo cual, la Bioética tiene una respuesta (8, 11).

Por otro lado, el sector económico se ha visto igualmente afectado con la llegada de la pandemia, no solo por la decreciente caída de la economía como no había sido vista en las últimas décadas, sino también, debido a las consecuencias de

los costos de la misma en los procesos de control y mitigación. Sin embargo, estas consecuencias no son receptoras de la misma forma entre los miembros de una misma población, lo que traduce, que la caída de la economía a nivel colectivo, refleja diferentes consecuencias a nivel individual, impactando con mayor fuerza a las poblaciones de riesgo alto debido a la pérdida de ingresos u oportunidades como resultado de las políticas públicas limitantes que buscan la contener la propagación del virus, lo que se refleja en el incremento en la tasa de pobreza, más aún marcadas en países en vía de desarrollo, cuyos estados no cuentan con la “fortaleza económica” para hacer frente al cubrimiento de las necesidades de toda la población frente a la caída abrupta de su producción. En este contexto, la Bioética propone la “solidaridad por parte de la sociedad” al generar un constructo de igualdad en estabilidad, regido por el diálogo y el consenso que favorezcan la comprensión de los mecanismos necesarios para prevenir y contrarrestar los efectos negativos de la pandemia (8).

En cuanto a los riesgos representados por los costos en salud, se manifiestan en un círculo vicioso, en el que las deficiencias en los sistemas de salud producto de la falta de recursos comprometen la capacidad para la contratación del talento humano en salud necesario para el cubrimiento de la atención clínica y la capacidad de inversión en infraestructura, equipos e instrumentación necesaria para la atención. La consecuencia directa de la falta de recursos en los procesos de atención sanitaria, ha obligado a los profesionales de la salud a racionar los recursos disponibles, tomando decisiones en torno a la vida humana de gran carga emocional y componente moral, incrementando la incertidumbre global y la carga emocional (8,12).

Estos servicios insuficientes para los requerimientos, incrementan las deficiencias en la atención y por consiguiente, en la contención de la enfermedad, lo que concluye en una falta de mitigación de los índices de morbilidad y mortalidad, en el control de la transmisión del virus, y finalmente, en la prolongación de la crisis social y económica (5).

Frente a este panorama de la crisis de atención en salud, se ha considerado entonces como estrategia fundamental de salud pública, la priorización de la atención a nivel comunitario, enfocada a la realización de acciones y actividades

preventivas donde se “empodera” al paciente como principal protagonista. Estas acciones las lidera principalmente la identificación temprana de casos positivos y sus contactos estrechos, para el debido seguimiento, acompañamiento e implementación del manejo de la contención, como lo es el aislamiento e intervención médica según el compromiso clínico del paciente, sin dejar de lado aquellos quienes presentaron la enfermedad previamente. Esto se representa gráficamente a través de protocolos basados en la evidencia científica, donde se establecen parámetros y estándares universales para definir la atención en cada caso, desde la prevención de la infección, hasta el acompañamiento al final de la vida, momentos en los que la Bioética se hace presente para proporcionar de forma integral, el correcto proceder (5).

En respuesta a este panorama mundial que presenta la pandemia por COVID 19, la Bioética basada en la concepción integral de la persona humana, y en su estado de “paciente” que atraviesa una crisis mundial, representa el papel como eje central y guía para el análisis y reflexión de los desafíos éticos emergentes del día a día, con su consecuente respuesta objetiva y prudente (5).

En otra perspectiva, los autores concluyen en la necesidad acuciante de evitar nuevamente quedar “desprevenidos” en crisis mundiales futuras, basando sus recomendaciones en la instauración de procedimientos a realizar como la optimización de la disponibilidad de recursos como las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), el fortalecimiento de los sistemas de salud y la colaboración entre ellos, la disponibilidad de pruebas masivas de tamizaje, el amplio apoyo a la investigación en medidas preventivas y curativas como vacunas otros tratamientos. El soporte igualmente a la investigación en salud mental, estrategias de divulgación de la información y reestructuración constante oportuna en las medidas de salud pública frente a la contención de brotes infecciosos (13).



### **5.1.1. Dilemas éticos del médico en la pandemia por COVID 19**

Los esfuerzos realizados por los científicos y publicados por diferentes autores, ponen en evidencia que el sector de la salud representa al área directamente afectada en tiempos de pandemia, al corresponder a un problema de salud pública primordialmente, en el que el actor principal y por ende el más implicado cara al control y contención directa de la crisis sanitaria desatada, lo representa el personal médico, seguido de todo el talento humano que apoya y soporta sus actividades prácticas, desarrolladas en instituciones prestadoras de servicios de salud en la atención de pacientes con COVID 19 y con otras patologías, lo que supone un gran reto para este sector de la población. Esto, debido a que no solo devenga una alta serie de recursos materiales y humanos no preexistentes para enfrentar la alta demanda en la atención producto del incremento progresivo y exponencial en las tasas de contagio, sino que a su vez, requiere del establecimiento de protocolos estandarizados y basados en evidencia científica que soporte la toma de decisiones en la atención clínica, previamente inexistente debido al surgimiento del nuevo virus, con el fin de mitigar los efectos de su brote (5).

Con base a estos hechos, fue imperativo el requerimiento de un plan protocolizado que respondiera a la organización del sector de la salud para el cubrimiento de dichos recursos, lo que implicó el aumento en el número adecuado tanto de recursos materiales necesarios para la atención sanitaria, como de trabajadores de la salud y la capacidad de los centros de atención clínica según el nivel de complejidad de la atención. Sin embargo, este escenario propuesto como el “ideal”, difiere del escenario real de la práctica habitual en el que se encontraban los estados alrededor del mundo tras la llegada de la pandemia, ya que estos no contaban con un plan preventivo previo que cubriera adecuadamente los requerimientos en caso de emergencia sanitaria, lo que indujo una práctica “improvisada”, regulada por los gobiernos y el sector de la salud, en paralelo con el curso de la crisis sanitaria y el desarrollo de su adecuado protocolo de manejo (14).

Durante este proceso, la falta de preparación previa se hizo evidente con las altas tasas de morbilidad y mortalidad por COVID 19, tanto de pacientes como del personal profesional en la atención de los mismos que desconocía las características fisiopatológicas del nuevo virus y por lo tanto la forma eficiente y efectiva de tratarlos, lo que resultó en la insuficiencia de los sistemas de salud en la atención clínica de pacientes independientemente de las patologías que presentaran, dando origen a una serie de dilemas éticos importantes, donde el profesional no solo debía tomar responsabilidad en la toma de decisiones inmediatas en la atención de una patología para entonces desconocida, sino además, debía priorizar la atención de los pacientes con los mismos requerimientos de recursos, de entrada escasos y limitados, así como enfrentar el riesgo implícito de contagio y por lo tanto, de muerte (4).

Como consecuencia, se presentó una alta carga laboral entre los profesionales de la salud, ya que debían duplicar e incluso triplicar las actividades y el tiempo de actividad laboral, para cubrir tanto la demanda de pacientes, como el reemplazo de profesionales que debido a la infección por COVID 19, quedaban deshabilitados temporal o definitivamente para la atención. La capacidad limitada del personal disponible para la atención sanitaria, ha conllevado a la necesidad del uso de estrategias de reasignación, en la que médicos ejercen su oficio en áreas o especialidades fuera de su práctica habitual, generando alteración del orden en el sector de la salud, e incomodidad del talento humano (4).

Esto a su vez, genera desafíos en cuanto a la reciprocidad respecta, ya que el incremento de la carga laboral y el riesgo clínico, no presenta la compensación y consideración consecuente por parte de los encargados del control de los sistemas de salud, disminuyendo incluso los estándares de atención médica con respecto a las prácticas previas al surgimiento de la pandemia, como respuesta a la disminución de la percepción de beneficio propio por parte del personal de salud y su agotamiento físico y mental (7).

Adicionalmente, surgieron dilemas éticos meritorios de un análisis reflexivo detallado con base al fundamento antropológico del hombre, en el que el médico no contaba con las necesidades mínimas que velaran por la protección del

derecho a la vida, así como las condiciones dignas de trabajo, en ocasiones no remuneradas, consecuencia de la falta de preparación de los estados ante el surgimiento de una posible crisis sanitaria, la debilidad del sector económico y el colapso consecuente de los sistemas de salud (5).

En función de la toma de decisiones, el resultado de la crisis sanitaria resulta entonces en tensiones éticas individuales y colectivas induciendo una alta probabilidad de “angustia moral”, la cual se desarrolla ante la presencia de limitaciones de cualquier tipo que impidan la ejecución de una acción “éticamente apropiada”. Debido a la carga de la problemática mundial que recae en la responsabilidad del profesional de la salud y el cúmulo de limitaciones en la toma de decisiones durante la ejecución de las prácticas, inducen a una menor tolerancia de las mismas por su parte, lo que da origen al “residuo moral”, que en conjunto con la angustia moral en un curso crónico, puede conducir a un “daño moral” permanente, digno de intervención “urgente”, lo que requiere de forma obligatoria la presencia de la Bioética como medida orientadora y de prevención, responsable del desarrollo de habilidades emocionales personales que funcionen como mecanismos de afrontamiento en la mitigación de los efectos del daño moral (4).

En respuesta a esto, los sistemas de salud, responsables de establecer las medidas legislativas para enfrentar la pandemia, desarrollan protocolos y directrices que responden a las problemáticas surgidas durante la pandemia y en igual medida, cubren los requerimientos basales de la “normalidad”, lo que respalda al médico en la dirección de la toma de decisiones durante los procesos de asignación de recursos, dejándolo responsable casi exclusivamente, del tratamiento de los pacientes como corresponde al ejercicio de su profesión debidamente justificada en la evidencia científica, producto de la ardua investigación desarrollada en desde el inicio de la pandemia(4, 7).

Para esto, los estados que regulan el sistema de salud, deben velar por la disposición de los recursos e infraestructura necesaria, el respaldo de los derechos laborales del médico con su adecuada remuneración y el aumento en la capacidad de la infraestructura disponible para la atención, siendo

transparentes en la información dada a las instituciones prestadoras de salud acerca de los recursos disponibles. En la misma medida, estas medidas deben responder adecuadamente a los principios del “Triage” según los estándares para su aplicación. Esto reduce de forma significativa la carga moral producto del racionamiento y el respeto y respeto por los derechos de los pacientes, en búsqueda del bien colectivo y cumplimiento del juramento hipocrático (4).

El alcance de estas medidas se logra al incorporar el análisis de las condiciones de los el sistemas de salud y los determinantes sociales que varían en cada estado en respuesta a sus requerimientos y problemáticas; a los argumentos bioéticos que valoran la conducta y el enfoque conceptual frente a los pacientes con COVID 19, y en general, de la práctica biomédica habitual. El propósito de esta unión corresponde a la protección de la libertad y la vida humana en todos sus niveles: individual, familiar y social en respuesta a los fundamentos ontológicos de la Bioética, lo que recuerda al clínico el componente moral de su quehacer como profesional de la salud (5).

Se ha descrito en la actualidad y a casi dos años del surgimiento de la pandemia, si bien se han podido describir mejor los procesos al alrededor de la infección por SARS-CoV-2 como resultado del arduo trabajo en investigación científica en el establecimiento de medidas satisfactorias de control, aun confiere a los profesionales una serie de incógnitas y consecuentes retos clínicos, que juegan en contra de la población infectada, e incluso del paciente que siendo portador no desarrolla ningún síndrome clínico, lo que implica la necesidad de un constante análisis, cada vez más detallado y reflexivo frente a cada dilema en cuestión, preexistente o de Novo; por medio del enfoque multidisciplinario, y el manejo pluralista y dialógico que manifiesta la Bioética per se, sustentado en un enfoque de principios y valores que operan en la práctica(5).

### **5.1.2. Enfoque de los principios y valores de la Bioética en la atención clínica durante la pandemia**

Al reconocer la Bioética como herramienta interdisciplinaria, siempre se tendrá en consideración el enfoque orientado a la ejecución de principios y valores,

propios de la capacidad cognitiva y moral del ser humano, lo cual la posiciona como una “empresa” que en el contexto de la pandemia por COVID 19 y su relación con la crisis sanitaria consecuente, donde adopta un enfoque integral de la salud a través de la resolución de dilemas y problemáticas, resultado entre muchos factores, del reconocimiento inductivo y deductivo de la sociedad y el individuo, con la finalidad de proteger los intereses colectivos, siempre considerando la protección prioritaria de los grupos en condiciones de vulnerabilidad (8).

En este sentido, para proporcionar un entendimiento y reconocimiento común, la Bioética emplea el lenguaje universal a través de la implementación de valores y principios propios de la facultad del ser y por ende, derivados de la dignidad del hombre, y los emplea en una perspectiva multidisciplinar, terrenal y global, lo que trasciende fronteras entre naciones y disminuye las brechas entre sociedades, dando paso a la oportunidad de construcción de un fin común. Por esta razón, el uso de los “valores compartidos” para realizar un abordaje de dilemas o problemas en campos que abarcan desde lo tecnológico hasta lo ético, concluyen en soluciones racionales y objetivas cuyos discursos aceptan o derrocan determinadas intervenciones en respuesta, siempre en el marco del respeto. Podría explicarse mejor, si se plantea como un “enfoque sincronizado”, que en el contexto de pandemia, es necesario para encontrar las respuestas necesarias entre los miembros de la comunidad mundial con el objetivo único y conjunto de acabar con la amenaza que representa la infección por COVID 19. (8, 15).

Así, son numerosos los principios y valores que aparecen en este consenso mundial durante los procesos de atención en salud, resaltando como valor principal el respeto por los pares con el reconocimiento del “valor” del individuo y su autonomía en el control de sus decisiones como ser digno y libre. En función de los principios básicos de la Bioética, se comprende el binomio beneficencia y no maleficencia, bajo el propósito de “hacer el bien y evitar el mal”, principalmente, al evaluar riesgos y beneficios para la población de las intervenciones realizadas durante los procesos de control y mitigación de la propagación del SARS-CoV-2, así como el reconocimiento del bienestar y los

intereses de los investigadores y las implicaciones sociales y culturales de su trabajo (7).

Con los principios de Beneficencia y no Maleficencia surge el concepto de “*Lex Artis ad hoc*”, o “Ley del Arte” definido en múltiples sentencias a lo largo de los años, como *"Criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida"*; en otras palabras, corresponde al buen proceder del profesional con base a las tareas que debe realizar (16).

Por su parte, el principio de justicia se expresa en el campo de la asignación y distribución de recursos humanos y no humanos, así como las cargas de la investigación, para que de manera equitativa, se asignen los beneficios y un trato justo en el reclutamiento de participantes y revisiones pertinentes de la investigación. Y finalmente, la autonomía, representada en el momento de tomar acción en el contexto de pandemia, donde cada individuo independientemente de su actividad u oficio representa el mismo papel como paciente que cuenta con capacidad de deliberación (7).

A manera más detallada, se reconoce el “principio de libertad y responsabilidad”, en el que los profesionales de la salud emplean su dimensión ética al momento de la atención clínica, en el acto de la toma de decisiones bajo los principios de beneficencia y no maleficencia, con el pleno conocimiento de los posibles desenlaces, tanto de índole positiva como negativa que se puedan presentar, con intención de afrontarlos según corresponda. En este sentido, el médico proporciona una atención humana de orden moral, con el debido seguimiento y uso equitativo de recursos para alcanzar el bien colectivo. Sin embargo, dicha responsabilidad se encuentra limitada por la composición del sistema de salud, ya que muchas veces no proporciona los recursos materiales necesarios para trabajar acorde con políticas públicas, y desencadenando en tratamientos no

efectivos y/o eficaces por causas ajenas a la responsabilidad y libertad del profesional (5).

Como principios específicos a tener en consideración se encuentra el “principio de defensa de la vida física”; principalmente en condiciones de enfermedad, en el cual el profesional de la salud reconoce al paciente como un ser integral y no como un simple instrumento; se encuentra en estrecha relación con el “principio de totalidad” o también llamado “principio terapéutico”. Este principio describe su fundamento al enmarcar al cuerpo como un “todo” resultado de la unificación de partes distintas conectadas por la existencia. De esta manera su aplicación, implica que al intervenir una “parte enferma”, impacta positivamente en todo el organismo sano, y que el paciente de forma autónoma, defina la elección de las terapias o intervenciones acorde con los riesgos y beneficios indicados según su concepto de calidad de vida y las opciones proporcionadas por el profesional de la salud. En relación con este último principio, la pandemia ha presentado grandes retos, ya que debido al acelerado proceso de infección de la humanidad, hay desabastecimiento de recursos, lo cual limita el acceso a intervenciones determinadas como por ejemplo, a las UCI (5).

Finalmente, el “principio de la sociabilidad y subsidiaridad” expresado a través de la solidaridad, donde se reconoce a la familia como eje social central, representa la piedra angular en el constructo social de valores para el control de la pandemia, ya que otorga la responsabilidad individual de la ejecución del bien como única forma de alcanzar un bienestar colectivo, y por ende, resultados globales, reconociendo la vida propia y ajena como un bien social, lo que promueve acciones de bien social en los procesos de salud pública que garantizan medios necesarios para el acceso a los servicios de salud. El reto en este principio se manifiesta en el momento en el que los servicios de salud no cuentan con planes de contingencia frente a emergencias funcionales, como se identificó recientemente con la pandemia por COVID 19, induciendo problemáticas de orden social, que se aferran a herramientas con pocas garantías como la improvisación (5, 15).

Sin embargo, el planteamiento del principio de Solidaridad en tiempos de pandemia no solo se torna complejo en su ejecución por la falta de protocolos, sino también por las características inherentes al hombre como el miedo a morir, lo cual pone en juicio diversos principios y virtudes de la persona: el médico es un ser humano y tiene miedo porque arriesga su vida con el ejercicio de su práctica profesional. Ante esto, la Bioética recuerda que el médico tiene virtudes e hizo un juramento profesional (Juramento Hipocrático) fundamentado en la relación médico, la cual se sustenta principalmente en el principio de confianza. (17).

En consecuencia, se resaltan las virtudes cardinales con las que el médico en su condición de ser humano reconoce: Sabiduría para tomar decisiones, Fortaleza y Templanza para enfrentar la situación con base a su propósito profesional sin sobrepasar los límites de su ejercicio; y Justicia para dar a cada quien lo que merece. Igualmente, el profesional clínico desarrolla otras virtudes propias de su práctica, como lo es la Competencia profesional, ya que se somete a un proceso de preparación académica constante en el conocimiento necesario para el manejo de la infección que ha acabado con millones de vidas de forma masiva en la pandemia. La Competencia a su vez se asocia al Altruismo, la Honestidad y la Fidelidad a la confianza que los pacientes depositan en él, y la Compasión y Humildad frente a cada uno de los casos que se presentan (17).



## **6. RESULTADOS**

### **6.1. LOS 5 PRINCIPALES DESAFÍOS BIOÉTICOS DE LA MEDICINA EN TIEMPOS DE PANDEMIA**

La ética clínica convencional se ha visto reemplazada por una “ética de la salud pública” tras el surgimiento de la pandemia actual, que no corresponde más que al enfoque bioético orientado a la generación de estrategias para el manejo del brote infeccioso por COVID 19. Estos procesos se han visto limitados debido a la persistencia de vacíos e incógnitas sobre este nuevo virus, dificultando el establecimiento de recomendaciones que puedan aplicarse de manera uniforme en todos los contextos sociales alrededor del mundo, generando angustia global, lo cual requiere más que nunca de un análisis ético minucioso, orquestado por profesionales en salud y gobernantes de los sistema para enfrentar los desafíos que van surgiendo en el curso de la pandemia; a partir de la adopción de un enfoque colectivista, donde toda la población mundial está llamada a servir (4).

El epicentro de los desafíos se presentan en la medida que los médicos reconocen su responsabilidad de ejercer de forma segura, con el propósito de proteger la salud propia y garantizar la de sus pacientes o potenciales pacientes, manteniendo los valores y principios básicos de la Bioética. Por esta razón, es importante conocer en detalle los principales desafíos desencadenados por la pandemia para establecer un posible control sobre ellos, identificando como principales problemáticas las dificultades relacionadas con la priorización en la asignación de recursos con situaciones especiales según las diferentes intervenciones médicas disponibles; la difusión de información falsa; el compromiso emocional de la población mundial; limitaciones en la investigación y las pautas para la realización de reanimación cardiopulmonar en un paciente con COVID 19 (4,13)

#### **6.1.2. Priorización en la asignación de recursos: racionamiento y Triage.**

La propagación de la pandemia por COVID 19 trajo consigo dificultades en el alcance del equilibrio en los sistemas sociales, principalmente en el área de la

salud, donde el enfoque de la ética clínica centrada en el paciente a través del respeto a la vida e igualdad de las personas, se vio severamente comprometido. Este ejemplo se vivió de forma importante en los países principalmente afectados como lo fueron China, EE. UU., Italia y España, cuyo problema principal pese al elevado nivel de desarrollo socioeconómico, correspondió a la dificultad en la asignación de recursos debido a su escasez frente a la alta demanda (12).

Profesionales de la salud se vieron forzados a racionar recursos como camas de UCI y otros servicios especializados, situaciones que al estar directamente relacionadas con decisiones de carácter urgente en relación con la vida, contrajo implicaciones clínicas y éticas, en el contexto de incertidumbre científica, asociado a miedo y desconfianza global (8, 12).

Igualmente, se estableció la necesidad indispensable del uso de equipos de protección personal adecuados (EPP) para los trabajadores de la salud, creando la obligación de aumentar los suministros de estos recursos igualmente deficientes, estableciendo dificultades en equidad y respeto a la protección de la vida humana de los profesionales de la salud que se exponen a riesgo de contagio durante los procesos de atención clínica (18).

Lo cierto es que a manera conclusiva de ser posible, el racionamiento debe evitarse, ampliando los esfuerzos para aumentar recursos y conservar los preexistentes, así como el desarrollo de un sistema estatal con estándares definidos, disponible para los equipos de Triage de todas las instituciones de salud, que identifiquen rápida y oportunamente los recursos disponibles y faciliten la remisión de pacientes a centros con el recurso requerido en cada caso. Pese a estas medidas, si los recursos se tornan insuficientes y el racionamiento se hace necesario, la bioética entra en curso para evitar la asignación arbitraria o injusta de recursos escasos, así como una práctica de reclasificación constante para su adecuado aprovechamiento (18).

En un principio, se debe considerar si un paciente es capaz de tomar decisiones, ya que estas, guiadas por sus valores, establecen los parámetros de manejo, y favorecen la identificación de voluntades anticipadas: decisión de aceptar o no

a ingreso a UCI, o requerimiento de intubación. En caso que el paciente haya perdido la capacidad de tomar decisiones, debe elegir una persona apta en representación del mismo, quien teniendo en cuenta el requerimiento que el paciente haya deseado, pasa a ser el responsable autorizado para la toma de decisiones; sin embargo, si el paciente no indicó la persona responsable de sus decisiones, el equipo clínico y las instituciones prestadoras de salud, deben trabajar en conjunto, soportados de equipos de ética médica para llevar a cabo estos procesos (18).

No obstante, en casos de toma de decisiones de Triage, se debe realizar una “separación de roles”, en donde estas sean tomadas por un equipo de Triage independiente del equipo de médicos tratantes, con la información necesaria para el análisis y escrutinio de la situación, manteniendo así la protección de la relación médico – paciente, y garantizando justicia aplicada y objetiva, de modo que los recursos puedan administrarse éticamente. El equipo de Triage, debe entonces contar con experiencia en el manejo de pacientes críticamente enfermos y bioética, liderazgo, habilidades de comunicación y resolución de conflictos, reconocimiento de los criterios no empleados para la clasificación, y conocimiento del marco ético legal para la asignación de recursos (18).

De esta manera, se reconoció la importancia del establecimiento anticipatorio de criterios específicos que favorezcan la identificación de prioridades y acciones en la toma de decisiones con respeto a la vida humana, considerando las limitaciones propias de cada sistema de salud, como respuesta al impacto derivado de la falta de prevención frente a una situación de índole global como la pandemia actual. Bajo este antecedente, y pese al surgimiento de modelos éticos desarrollados a lo largo de la historia para establecer acciones frente a epidemias y pandemias según las condiciones, naturaleza del riesgo y las características del agente infeccioso, es fundamental la participación de la sociedad para el alcance de los objetivos propuestos (8).

Por consiguiente, gracias a la investigación científica adelantada, se han podido establecer guías de manejo para la pandemia, identificando que en cada nación, incluso a nivel local, entre las instituciones de salud, si bien mantienen

parámetros en común como la necesidad de acercar la Bioética a la práctica clínica, emplean protocolos diferentes de manejo. Esto resulta en modelos desiguales de atención entre los distintos centros de salud, cuya ausencia de uniformidad de criterios bioéticos manifiesta un impacto significativo e inaceptable en la toma de decisiones, ya que no atiende a criterios comunes y limitan la práctica médica, generando gran preocupación ya que en muchas ocasiones, no involucran la necesidad de personal experto en Bioética (14).

Lo cierto es que se pone en evidencia la necesidad de generar un esfuerzo por unificar los principios éticos y su puesta en práctica, ya que frente a la crisis, es prioritario articular las circunstancias de alerta clínica, orientaciones éticas y la buena praxis del profesional responsable de toma la de decisiones bajo presión con el uso de su juicio clínico. Ante este requerimiento, el trabajo en equipo configurado en grupos de trabajo, fortalece la adecuación de los recursos disponibles para su asignación, ya que no basta con la instauración de protocolos, sino la adecuada coordinación de la disponibilidad de los recursos a nivel local liderada por estos grupos, para la gestión en procesos de remisión y admisión entre los diferentes centros de atención que asegure el cubrimiento de las necesidades de manera más equitativa y transparente (14).

#### **6.1.2.1. Criterios no empleados en los procesos de Triage y priorización**

En respuesta al análisis interdisciplinar liderado por la Bioética, se han establecido una serie de parámetros basados en el principio de la justicia, equidad y el respeto por la dignidad humana; que no deben ser empleados en ningún caso durante los procesos de Triage y racionamiento en la asignación de recursos, y se presentan a continuación: (18).

- Edad.
- Etnia o raza.
- Orientación sexual, género o identidad de género.
- Creencias espirituales y religión.
- Nacionalidad o estatus migratoria.
- Condición socioeconómica, estrato social y/o capacidad de pago.

- Diversidad funcional o comorbilidades.
- Expectativa de vida en paciente no terminal.
- Orden de llegada.
- Prejuicios en consideración de “calidad de vida” o “valor social”.

La reflexión Bioética en los procesos de asignación de recursos, debe ser llevada a cabo con la mayor prudencia posible en el discernimiento, para evitar caer en el uso de estos parámetros o juicios de valor que induzcan sesgos en la toma de decisiones (18).

### **6.1.2.2. Principios que guían la asignación de recursos**

Continuando con el enfoque bioético de los principios, en la asignación de recursos se debe realizar de la forma clara y objetiva posible, debido a la dificultad en establecer un criterio único en la distribución al requerir de un amplio terreno de múltiples valores éticos durante los procesos de análisis individual, según el caso en estudio, y colectivo, al comparar el caso con los demás. En este sentido, se parte del principio de dignidad de la persona que demanda “respeto irrestricto”, concluyendo en el cuidado de la vida humana (15). Como en todos los enfoques de la bioética, se deben tener en cuenta los cuatro principios de la misma, que se apoyan y soportan en los demás. Comités de Bioética españoles han propuesto entonces un modelo “mixto”, donde se hagan presentes los principios de utilidad, equidad y protección frente a la vulnerabilidad (14).

#### *Principio de Utilidad:*

Principio propuesto por la OMS para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos de las intervenciones realizadas, ya que lo reconoce como el bienestar común de la población como resultado de la ejecución de acciones correctas. Adicionalmente, refuerza el uso de la proporcionalidad al equilibrar los beneficios y riesgos, y la eficiencia como el alcance de mayores beneficios al menor costo, para maximizar la utilidad, lo cual se logra en la medida que se adquiere conocimiento de la enfermedad (14).

Además, este criterio implica la identificación de los pacientes que se benefician de las intervenciones y aquellos que no se benefician en lo absoluto, los cuales corresponden a aquellos con pobre pronóstico a corto plazo; por lo tanto, enfermos que se benefician de tratamiento, presentan prioridad sobre aquellos que no se benefician y de aquellos que no requieren de ninguna intervención para su recuperación, razón por la que se debe realizar un análisis exhaustivo de la condición clínica del individuo en cada caso (14).

#### *Principio de Equidad*

En el contexto de pandemia, el principio de equidad, legal y universalmente respaldado, siempre será esencial, ya que confiere la imparcialidad y justicia en la distribución de recursos y oportunidades, empleando como elemento básico, el respeto a la dignidad humana ya que evita condiciones de discriminación que favorezcan resultados opuestos a su objetivo (14).

#### *Principio de Protección frente a la vulnerabilidad*

Como aspecto relevante a tener en consideración, este principio da especial amparo a la protección frente a la vulnerabilidad, las cuales en situaciones de crisis, son susceptibles de ser pasadas por alto en función de la condición de urgencia favorecer injusticias. En el caso de la pandemia, los principales grupos vulnerables identificados, corresponden a pacientes de edad avanzada, pacientes con diversidad funcional y pacientes aquellos con ausencia o escasez recursos económicos (14).

### **6.1.2.3. Situaciones especiales**

#### **6.1.2.3.1. Tratamientos farmacológicos e intervenciones médicas**

En la búsqueda de soluciones a la problemática de asignación de recursos, una de las prioridades la encabeza la identificación pronta y oportuna de tratamientos médicos efectivos y seguros, favorecidos por la promoción de la investigación, razón de ser de los tratamientos e intervenciones actualmente disponibles (8).

Sin embargo, se han empleado y promovido el uso de fármacos o intervenciones no probadas, tanto por el área científica como la no científica; ya que no se

desarrollan en el marco de protocolos de investigación, lo que se converge en un deber moral para las instituciones líderes en el manejo de la pandemia, tales como la OMS, en la actualización constante de los protocolos y guías de manejo teniendo en cuenta el enfoque bioético, lo que lleva a derrocar el uso de dichos tratamientos, que si bien pueden ser efectivos, no cuentan con suficiente evidencia en su seguridad para su uso en el marco legal (2).

Algunos fármacos como la Hidroxicloroquina, la Cloroquina, Inhibidores de IL-6, Inhibidores de TNF, Antirretrovirales, entre otros; han sido ampliamente empleados pese a la ausencia de eficacia clínica por su posible beneficio en el tratamiento contra el COVID 19, por lo cual no existen suficientes estudios que aprueben su uso. Ante esta situación, se establecieron mecanismos de control interno para realizar un estudio especializado pruebas a favor de las terapias y la priorización de su suministro en casos seleccionados de resultados eficientes (19).

Este desafío en tiempos de crisis ha facilitado la simplificación en casos seleccionados, de los procesos regulatorios y su atención prioritaria en investigación, con el fin de agilizar la ejecución de ensayos clínicos para la evaluación tanto de la eficacia como de la seguridad en nuevos tratamientos contra el COVID 19, y así, implementarlo en población de forma temprana, siempre bajo el margen de respeto a la dignidad de la persona, y la conservación de los principios de la bioética en los procesos investigativos (8).

Los avances igualmente han incluido la biotecnología a través del desarrollo e implementación de algoritmos de inteligencia artificial que identifican riesgos para la salud en las poblaciones, permitiendo el intercambio de esta información del área de las ciencias básicas y clínicas, entre naciones. Estas metodologías, involucran los debidos procesos de evaluación en efectividad, mediado por estándares de protección de datos personales (8).

En función del deber del médico, esté en pleno uso de sus competencias profesionales debe valorar el riesgo - beneficio de cada individuo a quien se administra un medicamento o se propone una intervención, para determinar su

efectividad en cada caso según los niveles de evidencia y las características del individuo en concreto, ya que la medicina basada en la evidencia, favorece de forma racional la toma de decisiones, pero igualmente requiere de un análisis crítico del profesional para su implementación (2).

A su vez, los sistemas de salud encargados de los programas de atención médica, cuentan con el deber ético de proteger al talento humano en salud que prestan servicios a pacientes con mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2, en la misma medida que aseguran que la población reciba de forma prioritaria, acceso a los métodos preventivos y terapias con medicamentos o intervenciones que van quedando disponibles tras los procesos adecuados de investigación (18).

Así, es conveniente establecer protocolos institucionales o locales con principios básicos comunes consensuados en el paradigma general, que sean aplicables en todos los niveles, siempre anteponiendo el juicio del profesional en la individualización del caso y las circunstancias de la institución para la ejecución de dichos protocolos. Esta articulación de prácticas facilita el consenso y evita problemas de “improvisación” en la atención de pacientes (14).

El enfoque de los principios éticos siempre debe ir de la mano de en la aplicación de estos protocolos para facilitar la comprensión general y confianza por parte de la población y los profesionales tratantes, resaltando la importancia de la transparencia como herramienta que asegura al médico y al paciente, la ausencia de decisiones “arbitrarias” (14).

Finalmente, comprender las ventajas de los protocolos estandarizados basados en la evidencia, implica reconocer que igualmente pueden presentar problemas difíciles en la toma de decisiones en momentos específicos de la atención, para lo cual se ha propuesto la formación de un equipo de trabajo a quien se exime la responsabilidad del tratamiento de los paciente es tiempos de pandemia, para encargarse de prestar orientación a los equipos tratantes liberando la carga en estos profesionales de primera línea de atención frente a este desafío. Esto hace referencia a la formación de comités de ética médica (14).



#### **6.1.2.3.2. Vacuna contra el COVID 19**

En un inicio, el reto lo presentó el desarrollo de una vacuna que fuera efectiva y segura para contrarrestar y mitigar el nuevo virus, situación que se vio facilitada y mejorada con el desarrollo de la investigación y la flexibilización de las pautas para la realización de sus procesos. Esto se extiende a la ardua labor de la ciencia en la comprensión de la biología básica de los nuevos microorganismos, que centra sus esfuerzos en emitir respuestas al área de salud pública que durante una pandemia, debe adherirse a principios éticos y científicos, determinando de forma rápida las intervenciones seguras que promueva en acceso priorizado a las terapias, como es el caso de las vacunas (1).

En relación con investigación de vacunas contra el COVID 19 como respuesta al control de la propagación del virus, y por ende, la estabilización entre la demanda y la oferta de recursos disponibles que supriman los problemas de escasez y racionamiento consiguiente, la cooperación científica y sanitaria entre países del mundo, es mejor la respuesta, ya que favorece el trabajo en conjunto para la obtención objetiva y eficaz de evidencia científica segura, convergiendo en el beneficio común y la preservación de la familia humana como núcleo social (13).

A pesar que continúen los procesos de investigación y el perfeccionamiento de los resultados positivos, con el descubrimiento de la vacuna contra la infección severa por COVID 19 y la diversidad de opciones abiertas al público; el desafío puntual que representa la vacuna en relación con los procesos de asignación de recursos, corresponde a la limitación social en el acceso a las mismas, sobretodo, en naciones de bajo desarrollo socioeconómica, al igual que los problemas que surgen entorno a los programas de vacunación priorizados por riesgo social, que varían entre estados. En respuesta a esto, los países a cargo de la producción de las vacunas, trabajan intensamente para asegurar que los suministros sean suficientes para toda la población (20).

En el caso puntual de la priorización de la vacunación en los trabajadores de la salud, se emplean diferentes justificaciones éticas en su priorización. En primera instancia, como respuesta al riesgo de infección, ya que corresponden al grupo

social más expuesto al virus, y por ende, al riesgo de muerte o complicaciones. En segundo lugar, en su ejercicio profesional, son los únicos que cuentan con las competencias para brindar la asistencia sanitaria frente a cualquier patología del cuerpo humano, favoreciendo el retorno de la condición de bienestar a la “normalidad”. Por esta razón, es necesario igualmente brindar un ambiente de mayor seguridad laboral en riesgo biológico ante la exposición (20).

Igualmente, el talento humano en salud, desde el enfoque epidemiológico de transmisibilidad, deriva en el riesgo de transmisor, riesgo incrementado en la condición clínica asintomática donde no se toman las debidas precauciones de aislamiento, ante la falta de alerta física que implique la posibilidad de infección. Otras consideraciones, comprenden las de las características intrínsecas del profesional, y se sustentan en el principio de no Maleficencia, al reconocer que los médicos en su condición de humanos, cuentan con los mismos factores de riesgo clínicos y etarios que incrementan el riesgo de mortalidad, razón por la que se convierten en población vulnerable, incluso posterior a la administración de la vacuna (20).

Finalmente, el principio de reciprocidad, brinda la prioridad al trabajador de la salud en su quehacer diario donde expone su vida, en ocasiones incrementado por las condiciones precarias de trabajo debido a la falta de recursos de EPP, en consideración al respeto y reconocimiento de su dignidad como ser humano (20).

#### **6.1.2.3.3. Unidades de Cuidado Intensivo y Ventilación Mecánica Invasiva**

Estudios realizados en la población China, determinaron que aproximadamente el 14% de los casos positivos para COVID 19 desarrollan una enfermedad grave que requiere hospitalización, y un 5%, ingreso en una UCI con requerimiento de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), durante en periodos que no favorecen los procesos de giro - cama, ya que las hospitalizaciones de los pacientes con estas patologías, se prolongan a un periodo entre 2 a 4 semanas, periodo hasta el cual no podría “liberar” el recurso ventilatorio a otro paciente. Con el aumento rápidamente progresivo en el número de casos, estos valores aumentan las demandas significativamente, lo que ha puesto en evidencia el desequilibrio

entre la cantidad de personas que requieren ingreso a UCI y la disponibilidad de camas (6, 21).

Esto ha puesto a los gobiernos a trabajar en la recreación de espacios que incrementen la capacidad de estos recursos, habilitados de forma temporal para poder suplir las necesidades de la población, con el fin de evitar el colapso de los servicios de salud, y con ellas, las decisiones éticas difíciles en la priorización de las camas de UCI (6).

Este escenario se torna aún más difícil en la medida se presenta escasez de recursos, donde el principio de Justicia distributiva, y su paradigma "*el mayor bien para el mayor número de personas*", se ve comprometido. Frente a este, otros desafíos como las falencias encontradas en los protocolos propuestos en torno a la asignación y priorización de la VMI, involucran la falta de orientación clínica o ética sobre acerca de la implementación de estas decisiones en la práctica, la discusión con las familia de los pacientes involucrados con respecto a las opciones clínicas y el soporte legal (21).

Asociado a esto, se une el reto en la falta de consenso con respecto a las guías y protocolos, ya que si bien se han realizado múltiples propuestas empleadas en el curso de la pandemia, ninguna guía se ha formalizado universalmente para su aplicación. El problema radica en que algunas de estas decisiones se apoyan en las consideraciones éticas, y otras no, o en la misma medida, una decisión podría ser éticamente contradictoria en el aseguramiento de sus principios. Por ejemplo, en un paciente a quien se le asigna un recurso, es un paciente a quien eventualmente se le podría reasignar. Esto genera una polarización entre el principio del respeto y la justicia (18, 21).

Poblaciones como Suiza, respaldan el uso de criterios de exclusión explícitos para la admisión en UCI, que evitan la creación de "falsas esperanzas" de vida en los pacientes, y aliviana la carga emocional implícita en los médicos responsables de la toma decisiones en Triage. El problema del uso de criterios de exclusión radica en el riesgo de favorecer la discriminación de ciertos grupos sociales vulnerables; y que involucran variables como la esperanza de vida,

condiciones de diversidad funcional, edad, comorbilidades, puntuación de fragilidad y condiciones terminales entre otras (22).

Un punto neutral entre estos extremos, reemplaza los puntos de exclusión “estrictos” por aquellos “basados en eventos”, en la medida que responden a las complicaciones y comorbilidades que desembocan en un mal pronóstico, donde la terapia intensiva no puede mejorarla (22).

Así, las estrategias empleadas para la asignación de UCI y VMI comprenden diferentes estructuras y criterios que no tienen en cuenta la uniformidad de todos los contextos, esto impide que su reproducibilidad sea eficiente y aplicable. Igualmente, estas guías presentan falencias en cuanto a la claridad de los valores y principios éticos en los que se basan al no detallar la forma en la que se conecta estas estrategias a las acciones establecidas en las pautas (21).

En la asignación inicial de un ventilador cuando los pacientes presentan la misma prioridad, los protocolos indican que los equipos de Triage deben aplicar un proceso aleatorio para asignar el recurso. Estos equipos, están conformados por personal multidisciplinarios, principalmente expertos en paciente críticamente enfermos, con capacidades en liderazgo, comunicación efectiva y resolución de conflictos; y con capacitación en principios éticos como la equidad y justicia en la toma de decisiones (18).

Para esto, los equipos de Triage parten en su inicio con la revisión y análisis detallado de la historia clínica de todos los pacientes candidatos a la asignación de VMI, la cual deben realizar de forma rápida y oportuna. Así mismo, este equipo debe evaluar la reasignación de un paciente a quien le fue indicado el ventilador, y determinar traslados a otros centros de salud donde cuenten con los recursos disponibles. Una vez tome una decisión, debe indicarla prontamente al equipo de médicos tratantes y los pacientes si es el caso, y las familias de los mismos (18).

Algunas guías han indicado la valoración de un “Equipo de Revisión Secundaria”, igualmente multidisciplinario, conformado al menos por 3 miembros, con experiencia clínica y ética, quienes intervienen en una segunda evaluación, solicitada por los pacientes o médicos tratantes, posterior a la realizada por los equipos de Triage, en caso que el tiempo lo permita. Estos equipos deben ser solicitados inmediatamente si se identifica un caso en el que el paciente no cuenta con las capacidades para la toma de decisiones en ausencia de familiar o cercano que apoye este proceso (18).

Los equipos de revisión secundaria, igualmente reevalúan las decisiones tomadas por los equipos de Triage, en los casos de reasignación de recursos, asegurando que la decisiones tomadas, corresponde a la más prudentes o no. En general, sus evaluaciones se enfocan en la información objetiva sobre la cual se basó el equipo de Triage para tomar las decisiones, teniendo en cuenta consideraciones éticas. Esta valoración es importante ya que en relación con la naturaleza urgente en la toma de decisiones en el contexto de priorización, la decisión de estos equipos se considera la decisión final. Finalmente, estos procesos deben quedar adecuadamente registrados y documentados (18).

Se ha establecido entonces que la aplicación de los criterios de evaluación se pueden abordar desde una perspectiva “utilitarista”, al igual que en un enfoque “igualitario” en el respaldo del valor entre todas las personas, y por lo tanto, los procesos de priorización acuden a para cumplir con los valores de la vida humana, y el uso eficiente de los recursos. En este sentido, los enfoques utilitario e igualitario, se presentan extremistas e injustificados en temas de priorización, por lo que se busca alcanzar un equilibrio entre los dos: igualdad y utilidad (18, 22).

Lo cierto es que se ha buscado suprimir los problemas entorno al uso de criterios de selección injustificados que propician espacios de discriminación, más aún, cuando desde un punto de vista ético, la exclusión no influye en su probabilidad de supervivencia. El principal criterio asignado lo representa la edad, ante lo cual el principio de Justicia responde en la estrategia de potenciación de las probabilidades de que cada individuo viva bien todas las etapas posibles de la

vida. Pese a esto, cuando en muchos lugares del mundo, este criterio ha seguido en uso, sobre todo, cuando se presentan situaciones donde dos comparten el mismo pronóstico a corto plazo (7, 18).

En referencia a la búsqueda de soluciones de estos desafíos, se han realizado prácticas como la inclusión social para la formulación de posibles estrategias a emplear en la toma de decisiones, lo cual minimiza el sesgo paternalista presente en las guías propuestas, y promueve la transparencia como condición esencial en los contextos de toma de decisiones éticamente guiadas durante situaciones de escasez de recursos, en la medida, que incrementa la confianza por parte de la población (18).

Se puede establecer entonces, que en el caso de priorización y conflicto ético, las decisiones no se abarcaran como “correctas” o “incorrectas”, sino que sean lo suficientemente objetivas y razonables para ser prudentes en su argumento frente a las decisiones tomadas. Un ejemplo de esto corresponde a los pacientes que no cumplen los criterios para el uso del ventilador, como es el caso de los pacientes terminales, donde la decisión más prudente tal y como lo proponen las guías, corresponde a su adecuado cuidado, haciendo uso de prácticas de cuidados paliativos en respuesta al respeto por la integridad y dignidad de la persona humana (21).

A nivel general, las propuestas planteadas en el transcurso de la pandemia, plantean en los procesos de razonamiento 3 principales factores: (17, 18).

1. Determinación de la necesidad de recibir la intervención (17).
2. El pronóstico de vida con el que cuenta el paciente. Este factor incluye la necesidad del recurso en relación al riesgo de morbilidad o mortalidad, y por lo tanto, excluye a los paciente con esperanza de vida menor a 6 meses o en fase terminal, debido a la falta de beneficios a corto plazo. Por esta razón, el proceso de evaluación debe ser riguroso e individualizado para evitar sesgos (17, 18)

3. El beneficio derivado de la intervención. Tiene en cuenta la severidad de la enfermedad, y su nivel de compromiso para determinar la expectativa de supervivencia del paciente, datos que logran ser más objetivos tras la aplicación de escalas clínicas estandarizadas, como es el caso de la escala APACHE II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II*), en la infección por COVID 19 (17, 18).

En el contexto de pacientes con asistencia ventilatoria asignada, las guías proponen la reevaluación de los casos, para determinar el retiro del ventilador en pacientes con alto riesgo de muerte, y su reasignación a otro paciente en su beneficio por la alta probabilidad de supervivencia, lo que se traduce en la optimización de recursos, decisión que no resulta fácil de ejecutar. Estas y otras falencias encontradas en las guías en torno a este tema, involucran la falta de orientación clínica o ética acerca de la implementación de estas decisiones en la práctica, la discusión con las familia de los pacientes involucrados y el soporte legal que contienen (18, 21).

### **6.1.3. Difusión de información**

En el curso de la pandemia y a tan solo 1.5 años de su inicio, la investigación científica ya había resultado entonces en la publicación de más de 42.700 artículos académicos de múltiples disciplinas científicas sobre COVID 19 alrededor del mundo, cifra en aumento diario, debido no solo a la creciente y ardua labor de la ciencia investigativa en la comprensión del nuevo coronavirus, sino además, a su intento de dar la información más detallada, actualizada e inteligible posible a la población mundial, marcando un precedente en alas de investigación con el objetivo de dar respuesta al tratamiento y control oportuno de la pandemia y su consecuente final (2).

El resultado de este incremento progresivo y dinámico en la necesidad de recopilación y actualización permanente de información sobre los nacientes antecedentes de la infección por COVID 19 que favorecen su comprensión, ha dado paso a la proliferación de datos “desproporcionada”, ya que en su difusión transfiere la evidencia de alto impacto científico y práctico, e igualmente en la

misma medida, origina un espacio de falsa información, cuyo sustento se presenta insuficiente y manifiesta múltiples sesgos, propiciando la aparición de riesgos elevados para la población mundial, lo que demanda un gran desafío bioético (2, 23).

Dichos riesgos se presentan tanto en la divulgación de prácticas clínicas innecesarias e insuficientes en evidencia científica para declararlas como acciones “efectivas y eficientes”; como en la inclinación a la omisión de aquellas prácticas avaladas por su adecuado nivel de evidencia científica, interfiriendo en los procesos de adherencia a las indicaciones establecidas por los gobiernos y entes reguladores de salud pública para el control de la pandemia, derivando en el aumento en las tasas de infección y mortalidad, así como en el riesgo de prácticas perjudiciales para la salud (24).

Estos hechos han supuesto diversos retos en el control de la información publicada, dentro de los que se presenta el acceso cada vez más abierto a la información, ya que incluso revistas internacionales reconocidas por el nivel de responsabilidad y calidad de sus publicaciones, han retirado casi en su totalidad las restricciones en el acceso a las mismas, promoviendo la aproximación inmediata al conocimiento actualizado y rápidamente difundido en la población (15, 23).

Por dicha razón, la OMS acuñó el término “infodemia”, definido como *“sobreabundancia de información —algunas precisas y otras no— que dificultan que las personas encuentren fuentes confiables y orientación confiable cuando sea necesario”* (23); en referencia al acceso desmedido a la información sobre un problema determinado, en este caso, sobre el COVID 19, lo que interfiere en la comprensión real de las recomendaciones propuestas para su control, respaldando a su vez y con mayor fuerza, la generación y mantenimiento de teorías conspirativas alrededor de la aparición del evento, en oposición a la ejecución objetiva de las medidas efectivas propuestas para su contención, lo que supone problemas para los organismos gubernamentales en los procesos realizados en salud pública y en la confianza de la población mundial al inducir



gran confusión y caos, así como interrupción de los canales de comunicación. (15, 23).

Estas consecuencias producto de la información falsa y desenfadada, como lo son las teorías de conspiración o los movimientos anti - vacunas, se han presentado a lo largo de la historia, y se sabe que han sido manipuladas por movimientos populistas, en representación de “cuerpos políticos o pseudocientíficos”, motivados a su vez por intereses propios secundario a ganancias políticas y financieras, cuya organización estratégica emplea técnicas de manipulación tecnológica e informática que favorezca la protección de su identidad, la propagación rápida y eficaz de la información y el alcance de las poblaciones más vulnerables, lo que incrementa aún más el problema en el sentido de proliferación de la incertidumbre y miedo (24).

En respuesta a la problemática social de la infodemia, que adicionalmente induce a enfrentamientos entre entes autoritarios y la población civil, polarizando las disciplinas científicas e incrementando el riesgo de difusión falsa de medidas aconsejadas para el control del brote epidémico, se ha propuesto soluciones en un enfoque basado en la Bioética a través del principio de responsabilidad, que emite una serie de recomendaciones para la obtención, uso y difusión de la información responsable, labor propia del orden jurídico social que demanda mayor rigurosidad aun en tiempos de crisis (23). Igualmente ha favorecido el desarrollo e importancia de la “infodemiología” como disciplina esencial en el manejo de esta problemática, la cual a su vez genera estrategias y recomendaciones para el control de la misma por parte de cada uno de los canales y formas de publicación de información (24).

#### **6.1.3.1. Recomendaciones en el uso responsable de la información**

##### *Respeto*

Corresponde al valor y eje principal y esencial de la vida en sociedad, y por lo tanto, en tiempos de crisis, es aún más requerido como agente de control de la pandemia. Así mismo, soporta el marco principal de la bioética al respaldar la dignidad del ser humano y sus derechos como persona, lo que excluye

situaciones en lo que contrarreste los principios de la Bioética a través de corrientes como el “paternalismo informativo”, en el que se ofrece información incompleta o poco precisa en búsqueda de la “protección de la población”, al asumir no podría comprender de forma objetiva los datos difundidos, lo que concluye en alteración al orden social, que particularmente en el caso de la pandemia, se evidencia en la falta del cumplimiento de las medidas de prevención y protección promovidas, así como la desconfianza y la generación de pánico (23).

#### *Confiabilidad*

Recurre a la necesidad de la búsqueda activa de información actualizada en fuentes primarias de centros oficiales y confiables, reconociendo la calidad sobre la cantidad. Esta información verídica, debe estar apoyada en la evidencia científica, lo que resulta en un grado alto de objetividad de la información, y por ende, en su confiabilidad (24).

#### *Transparencia y veracidad*

Es imperativo el uso del valor de la honestidad en el manejo de la información, por lo que siempre será necesario identificar con la mayor claridad posible, la fuente y el origen de los datos disponibles, para determinar si los debidos procesos durante la redacción de los mismos son adecuados y verídicos. Así mismo, la veracidad de la información se ve respaldada por el principio bioético de no maleficencia, al asegurar a los receptores de la información la validez de la información en búsqueda del bien común ya que la información disponible tiene como fin la aplicación de su uso, por lo que son los entes reguladores y autoridades, quienes deben velar por el cumplimiento de este propósito (23).

#### *Confidencialidad y privacidad*

Se desarrolla en la medida que se adoptan políticas públicas que establecen un marco legal y normativo vigente, en el que la información recolectada para uso y divulgación se encuentre debidamente protegida. Esta recomendación es primordial, ya que la infección por COVID 19, corresponde a una patología de notificación obligatoria ante las organizaciones encargadas de eventos en salud pública, durante los procesos de diagnóstico y tratamiento, lo que requiere mayor

precaución en flexibilización frente a la seguridad de los datos, confidencialidad y privacidad (23).

#### *Cooperación y solidaridad*

La colaboración se encuentra reflejada desde el nivel micro o local, hasta el nivel macro o nacional, en el que el objetivo general corresponde a la protección de la población a través de entidades de control de la pandemia con la participación activa de cada uno de los miembros. En este recorrer, el tratamiento y difusión de información debe cumplir con requerimientos universales debidamente validados, que autorice la replicación y a su vez, favorezcan una evaluación constante del proceso, con el fin de generar estrategias cada vez más estructuradas en las formas de replicación de la información tras la corrección de las experiencias no favorables (23).

#### *Proporcionalidad*

Finalmente, los entes reguladores deben proporcionar la información sin ninguna postura extremista frente a la situación, en la cual se exponen los datos relevantes de la forma más completa y precisa posible, incluyendo riesgos y beneficios, otorgando los elementos y argumentos sólidos de las medidas que se adopten en el control de la pandemia, debidamente respaldadas por la evidencia científica y apropiadas al momento y contexto de cada población en particular, ya que la proporcionalidad exige que del manejo de la información se obtenga un propósito deseado (23).

#### **6.1.4. Compromiso moral y emocional**

La crisis global derivada de la pandemia y sus consecuencias negativas en todos los niveles de la vida humana, asociado a las características propias del virus que perpetúan la dificultad para el control y resolución de la pandemia, tales como la incidencia exponencial de contagios, su capacidad de reinfección y las altas tasas de mortalidad; favorecen en la misma medida la persistencia de dichos efectos negativos en el tiempo en un evento global sin precedentes, lo que ha llevado al ser humano a un nivel de desesperanza significativo. En este escenario, el médico, como protagonista de primera línea en la contención del

brote epidemiológico, se enfrenta a múltiples situaciones de “angustia emocional” propias y ajenas, en relación a los padecimientos emocionales de cada uno de sus pacientes y sus respectivas familias, la responsabilidad clínica en la toma de decisiones, el alto índice de fallecidos a cargo, las extremas jornadas laborales y el miedo al contagio, lo que eventualmente podría concluir en un “daño moral” (11, 14)

La “angustia emocional” es definida como *“la experiencia de un afecto negativo, como la ansiedad, en el contexto de una respuesta fisiológica al estrés”* (11). A su vez, el “daño moral” tradicionalmente en la literatura médica se define para el ejército como *“la angustia psicológica que resulta de las acciones o la falta de ellas, que violan la moral o la ética de alguien”* (14).

Esta terminología da respuesta al resultado del efecto del peso moral en los profesionales de la salud. En primera instancia, debido a la responsabilidad en toma de decisiones como la asignación de recursos, que en el contexto del desarrollo de una infección de alto impacto asociada a un virus cuyos efectos patológicos se desconocían previamente, requirió en un principio de la toma de decisiones inmediatas en respuesta a la urgencia sanitaria por parte del médico tratante, cuando en un panorama general, y de forma recurrente, contaban con múltiples pacientes infectados por COVID 19 a cargo con requerimiento de UCI y VMI, y un único recurso de estos disponible para asignación, obligándolos así, a pasar por encima de los principios de la Bioética al decidir a qué individuo asignar el único recurso siendo conscientes del desenlace fatal de no recibirlo (14).

En consecuencia, con el curso de la pandemia, los gobiernos han desarrollado las guías y estrategias para el manejo de la misma y la resolución de los problemas encontrados, abarcando diferentes dilemas éticos. Dentro de las múltiples propuestas, se busca la optimización de la planeación en la distribución de los recursos a nivel local, autonómico y estatal, en las que se ha absuelto al médico de la responsabilidad completa en la asignación de los recursos, ante lo cual se encuentran dos escenarios contraproducentes principalmente (11).

El primer escenario, corresponde a la realidad, en la que pese a los planteamientos de los entes reguladores, aún hay falta de apropiación por parte de los gobiernos, así, como el pobre respaldo económico y corrupción, dejando igualmente a la deriva de la desesperanza al profesional que debe tomar decisiones en una situación de urgencia induciendo en él, angustia emocional. El segundo escenario, se ve respaldado por las consecuencias nefastas del primer impacto social tras la aparición de la pandemia, ya que las medidas de control de asignación de recursos no fueron implementadas desde el primer día, situación que condujo a un daño moral en los profesionales de la salud (11, 15).

Se ha establecido entonces el incremento de la incidencia de patologías psiquiátricas así como limitaciones intrínsecas y extrínsecas de los individuos que las padecen en su adecuado control y seguimiento, debido a la alteración en la regulación de sus emociones, favoreciendo la vulnerabilidad comportamental y emocional (11).

Especialistas en salud mental aseguran que el resultado del peso de la responsabilidad en la asignación de recursos por parte del profesional y el trabajo “bajo presión”, que propicia la aparición de la angustia moral y un posible daño moral, los dejan en riesgo de desarrollar problemas de salud mental al experimentar pensamientos y sentimientos negativos propios y ajenos, contribuyendo al desarrollo de enfermedades, dentro de las cuales detallan principalmente la depresión postraumática, trastorno de estrés y la ideación suicida. Estos componentes psiquiátricos no se resolverán tras el control de la pandemia, sino que quedarían latentes en oportunidad de manifestación próxima, lo que requiere intervención oportuna (14).

En la misma medida, la lesión emocional de los trabajadores de la salud, se encuentra agravada por otros dos factores principales: el miedo al contagio y la alta carga laboral. En este sentido, en el desarrollo de las jornadas laborales, el miedo al contagio deja a los profesionales en un continuo estado de alerta, que se extrapola al ambiente no laboral debido al temor de transmitir el contagio a sus familiares y seres cercanos. Esto, en conjunto con la alta carga laboral y las jornadas extremas con escasos intervalos de descanso, desencadena

sentimientos de frustración básicamente descritos a través de los insuficientes resultados obtenidos en el control del brote y la disminución de la mortalidad, frente a la ardua intensidad en el manejo instaurado (14).

Finalmente, en los aspectos relacionados con los pacientes y las familias, se ocasionó un gran dilema en debido al carácter obligatorio del aislamiento como medida de mitigación frente a la capacidad elevada de infección del virus, que privaba el acompañamiento de las familias a los pacientes. Esto, debido al intenso sufrimiento de ambas partes como resultado de la separación, más aún ante la incertidumbre de encontrarse en el final de la vida, lo que generó repercusiones en los pacientes, las familias, el personal de talento humano en salud y la sociedad (14).

Igualmente, los dilemas que desencadenan diferentes procesos de angustia emocional en los familiares y sus familias, corresponden no solo a la separación como resultado del aislamiento obligatorio, sino también, a su preocupación frente a las advertencias clínicas y los procedimientos de salud avalados en el manejo de la infección por COVID 19 en relación con la desinformación y circulación de noticias falsas, lo que a su vez incrementa la de los profesionales de la salud (14, 23).

Debido a esto, se han diseñado estrategias de ayuda a corto y largo plazo tanto para los médicos como para los pacientes y sus familias que mediante el abordaje adecuado y oportuno de la angustia moral por parte de un equipo multidisciplinario, dentro de los cuales se encuentran psicólogos, psiquiatras, bioeticistas y equipos intrahospitalarios (11). Igualmente se propone un estudio minucioso a través de un enfoque “compasivo”, que defina el método más adecuado de acompañamiento y soporte al paciente y sus familias en todas las dimensiones de la persona humana, resaltando el apoyo espiritual o religioso según las convicciones de cada individuo, sin que esto induzca a perjuicios colectivos (14).

Se hace ineludible entonces el requerimiento de la Bioética como disciplina que interviene en el establecimiento de los campos de acción del profesional, con el

objetivo de contrarrestar los efectos emocionales negativos de sus prácticas, sin condicionar las capacidades de su ejercicio profesional, como es el caso de la toma de decisiones (14). En este contexto, los bioeticistas en su labor como consultores de ética clínica en sus intervenciones fortalecen la resiliencia moral individual y colectiva en respuesta a la incertidumbre y el conflicto emocional característico de la pandemia. Igualmente, facilitan la toma de decisiones en dilemas éticos clínicos cuando los problemas son complejos y se presenta incertidumbre en conflictos de valores y principios (11).

Esto concluye además en la necesidad de la formación de comités de Bioética, resaltando dos competencias de esta disciplina en tiempos de pandemia: educación y reflexión guiada. En función de la educación, cuando se habla de Bioética se involucra implícitamente un enfoque de principios y valores, partiendo de la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; y seguido de los principios de solidaridad y reciprocidad considerados apropiados en el contexto actual en referencia al respeto por el bien común. Este enfoque centra la atención clínica en una práctica más presente y disponible en consideración de los bienes del paciente y la lucha comunitaria en la pandemia, lo que a su vez da paso a la reciprocidad percibida por parte de los pacientes disminuyendo la angustia moral (11).

Es necesario destacar que pese a las estrategias empleadas, el continuo cambio propio de la pandemia, irá generando en la misma medida modificación de las expectativas de los profesionales sanitarios, lo que perpetúa las situaciones de angustia. La forma en que los especialistas en Bioética ayudan al fortalecimiento de la resiliencia moral entonces, es mediante la implementación de enfoques multifacéticos e intervenciones que respalden la competencia ética del profesional, a través del fortalecimiento de la atención plena y el autocuidado (11).

Con respecto a la reflexión guiada, se emplea con el propósito de interpelar al procesamiento de las experiencias, principalmente, de la angustia emocional expresada, mediante la escucha y el diálogo activo a través de la empatía. Este enfoque, permite el reconocimiento de las limitaciones y los actos de violación cara

a los principios Bioéticos y las obligaciones profesionales que afectan la práctica médica, dando apertura al análisis introspectivo del profesional, y haciéndolo más consciente de sí mismo y su ejercicio, a la vez que replantea la motivación y dirección de su enfoque clínico en futuras intervenciones. Esto se traduce en que la ética en el compromiso moral y emocional de la práctica profesional, favorece la reconstrucción de la resiliencia como herramienta básica de afrontamiento frente a la crisis (11).

### **6.1.5. Limitaciones en Investigación**

En el desarrollo histórico de la Bioética y a través de documentos importantes instaurados en su curso, tales como el Informe Belmont y la declaración de Helsinki, se han establecido las bases para la realización y supervisión de la investigación en seres humanos. Es importante resaltar que en estas bases científicas, se articulan los 4 principios Bioéticos representados en el respeto por la autonomía de las personas y la protección en la privación de la misma para su restauración; la maximización de los beneficios y minimización de los daños en relación con la beneficencia y no maleficencia, y la justicia en la selección de sujetos de investigación (11).

Estudios éticos sugieren que los ensayos clínicos controlados aleatorios acelerados (ECAa) representa el mejor tipo de estudio para el desarrollo rápido y extendido de vacunas en medio de la pandemia debido a su enfoque social sin compromiso de los principio de la ética o la ciencia a través de la recopilación rápida de resultados en seguridad y eficacia de las vacunas (10).

Así, los principios éticos y científicos fundamentales para la realización de ensayos en un contexto de emergencia sanitaria como el que atraviesa el mundo actualmente, lo representa la conducta ética en la medida que prevenga los actos de explotación, la asociación entre investigadores y funcionarios entre naciones, la validez científica, revisión y supervisión científica y el principio de transparencia. Esto favorece la cooperación entre países que compensan los desafíos en investigación, creando alianzas con altos estándares éticos y



científicos para aumentar la probabilidad de éxito de los resultados de las pruebas realizadas, y reducir la probabilidad de daños (1).

Estrategias que respaldan la protección de estos principios son lideradas por la OMS, a través del desarrollo de planes de investigación científica, desarrollo e innovación tecnológica, que garantizan las condiciones para la ejecución segura de investigación en casos de urgencia. A su vez, se apoya de comités de Ética y las “*Juntas de Revisión Institucional*” en la evaluación de los protocolos de investigación clínica no solo queda en la revisión tradicional (1).

La relación entre los principios de la Bioética y la investigación, se hace mandatorio ante la necesidad de realizar intervenciones organizadas en la regulación de estas prácticas científicas, que aseguren el cumplimiento de las medidas exigidas, y se centren en la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, actos controlados por los entes reguladores en investigación, principalmente en relación a la prevención de la violación de los principios bioéticos, la cual se ve facilitada por el contexto de vulnerabilidad actual que afronta la sociedad (25).

Igualmente, estas entidades reguladoras deben encontrar un punto de equilibrio que cumpla con el objetivo de protección de los participantes y a su vez, con la flexibilidad necesaria en los límites establecidos, para favorecer el avance adecuado de los procesos científicos que guiarán la atención futura (25).

Para esto, el Instituto Nacional de Salud propuso siete principios que rigen y guían la investigación ética (7):

1. Valor social y clínico
2. Validez científica
3. Selección justa de sujetos
4. Relación beneficio-riesgo favorable
5. Revisión independiente
6. Consentimiento informado
7. Respeto por los sujetos.

Dichos principios se establecieron con base a la identificación de los problemas éticos relacionados con la realización de investigaciones en seres humanos, sumada a la carga del simple hecho de someterlos a procesos relacionados con el COVID 19, para lo cual, los comités de ética basados en principios bioéticos y el beneficio de la comunidad, aprueban o declinan la realización de las prácticas investigativas (7).

Adicionalmente, el desafío en la investigación surge en la dificultad para estandarizar protocolos de investigación universales, ya que los estados cuentan con diferencias significativas tanto en sus condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, como en los niveles de prevalencia e incidencia de la infección por COVID 19, lo cual amerita estudios detallados para su regulación, ejecución y seguimiento. En la búsqueda de información acerca de los procesos de investigación en la pandemia de COVID-19, se identificó una diferencia significativa en los desafíos que supone para los investigadores realizar sus prácticas en países de alta prevalencia, frente a países con baja prevalencia de la infección, identificando a través del enfoque de los principios bioéticos, los problemas experimentados durante estos procesos, y así, facilitar la orientación de la discusión en torno a los conocimientos recolectados, y favorecer los procesos investigativos entre países de características similares (7).

El principal desafío lo encabeza la equidad, ya que en relación a la pandemia actual, implica las dificultades en los procesos de inclusión de los países con baja prevalencia frente a los países con alta prevalencia, en la investigación sobre la vacuna COVID-19 y otros ensayos clínicos. Esto, debido a que las condiciones demográficas entre estos estados varían, y por ende, se pueden presentar sesgos en los resultados, encontrando que los resultados de una investigación pueden resultar beneficiosos para la población estudiada pero no para la población no incluida (7).

Otros sesgos en equidad, se representan a través de la falta de inclusión de todos los grupos etarios, incluyendo los de edad avanzada, lo que igualmente, origina resultados desproporcionados, poco benéficos para dicho grupo

poblacional en particular. Igualmente, no participantes de los procesos de investigación, manifiestan desventaja, debido al insuficiente apoyo financiero de fundaciones internacionales benéficas y patrocinadores farmacéuticos que favorezcan los procesos científicos al igual que los países que sí cuentan con dichos respaldos (7).

Así mismo, existe inequidad en la participación de estudios, sino en el acceso a los tratamientos efectuados y puestos en evidencia como fruto de esta investigación, debido a la limitación en la capacidad de algunos sistemas de salud, donde existen barreras de acceso a la atención médica (7).

En función de la libertad individual de cada individuo, se exige la autonomía como principio fundamental, a través del cual, el paciente cuenta con plena libertad de elegir la cantidad y el estudio al que se quiere someter de forma concomitante, luego de conocer de forma detallada los riesgos y beneficios de las intervenciones la participación en algún proceso de investigación (7).

Otro desafío de gran dilema que representa alta carga moral, se manifiesta con la proporcionalidad de las investigaciones realizadas entre la infección por COVID 19 y otras patologías no COVID, que requieren igualmente investigación y estudio continuo en búsqueda de tratamientos, ya que muchas de estas prácticas fueron suspendidas o no aprobadas para dirigir todos los esfuerzos al estudio del nuevo coronavirus, desconociendo la de las otras miles patologías producto de estudio investigativo (25).

La privacidad, confidencialidad y protección del público representan otro blanco fuerte en tiempos de pandemia, debido al tratamiento de datos demográficos esenciales, típicos durante los procesos de estudio y análisis de pruebas, que si bien se practican en ambientes intrahospitalarios que aseguran su protección, puede presentar problemas en la filtración de la misma. Igualmente, debido a las restricciones de movilidad, se puede obstaculizar la participación voluntaria de individuos en investigación. Por estas situaciones, se busca redirigir fuera del marco hospitalario, hacia las comunidades y centros de atención la protección

de datos, escenario en el que la investigación dependería de la participación ambulatoria no supervisada intrahospitalariamente (7).

Finalmente, en términos de desafíos administrativos y de prestación de cuidados, se han establecido pautas para la toma máxima de muestras biológicas durante la investigación para evitar el sobre muestreo. Igualmente se ha intentado establecer el apoyo en términos financieros a la investigación, ya que muchas de estas han sido limitadas por insuficiencia de recursos económicos o apoyo institucional (7).

#### **6.1.6. Realización de reanimación cardiopulmonar (RCP) en el paciente con infección por COVID 19**

Existe un porcentaje de pacientes con infección severa por COVID 19, que en asociación al crecimiento de las tasas de contagio, conlleva a un aumento en paralelo del número de pacientes con paro cardiopulmonar en cualquier punto de la atención clínica como resultado de la infección misma o las complicaciones. Dicha situación, en conjunto con la limitación en el acceso a los adecuados y suficientes EPP en muchos centros de salud, principalmente en países de bajo nivel socio económico, plantea la puesta en escena de inquietudes éticas en torno a los criterios que se deben emplear para decidir si realizar o no de maniobras de reanimación cardiopulmonar en cada caso (26).

Esta situación, se presenta debido al riesgo elevado de contagio por la producción y liberación de aerosoles y gotas durante las maniobras de RCP, principalmente en los procesos de intubación, producto de evidencia científica difundida por la OMS. Se plantea entonces la necesidad de responder a dichas inquietudes éticas como el establecimiento de indicaciones específicas para instaurar procedimientos de RCP en pacientes seleccionados en respuesta al dilema moral que representa en sí el acto de decidir “salvar la vida” de un paciente. Por esta razón, se han propuesto una serie de recomendaciones para la ejecución precisa de RCP en el marco de la pandemia, ya que se han identificado diversas circunstancias en las que no se justifica la realización de

estas maniobras, así como la necesidad de informar adecuadamente a la comunidad acerca de su eficacia clínica y los resultados asociados (26).

#### **6.1.6.1. Recomendaciones para la realización de RCP**

##### **6.1.6.1.1. Principios bioéticos en RCP**

Nuevamente, el enfoque de los principios éticos favorecen la orientación de las acciones tomadas en el campo de la salud, por lo que deben acatarse para el manejo de todos los pacientes, validando y justificando éticamente las maniobras de RCP en la medida que respondan a las pautas de asignación de recursos bajo el adecuado enfoque de justicia distributiva, la no contraposición en las decisiones tomadas por la autonomía del paciente, no se realicen sin las pautas establecida en los protocolos acerca de la formación de equipos de respuesta rápida y el uso adecuado de EPP, no corresponda al resultado de encarnizamiento terapéutico. Igualmente, emplea el principio de Transparencia para poner en evidencia a toda la población, los criterios empleados para la toma de decisiones sobre RCP (26).

En este contexto, es primordial considerar el principio de Precaución, que permite la realización de RCP exclusivamente en los casos que debido a las medidas tomadas, no se exponga a ningún profesional o paciente de los centros de salud donde se realicen, al riesgo de contagio. Este principio se garantiza con la toma de las medidas de precaución establecidas, en función de la protección (26).

El principio de Autonomía se expresa mediante la decisión del paciente al recibir maniobras de reanimación avanzada con base a la información debidamente expuesta por parte del equipo de profesionales; voluntad que debe ser acatada sólo si no se opone a la voluntad anticipada manifestada y expresada debidamente por el paciente (26).

Los principios de Beneficencia, no Maleficencia y respeto por el derecho a la integridad del paciente se justifican en el acto médico cuyo fin propende al potencial beneficio del paciente y la disminución de los posibles daños (26). En el marco de las decisiones sobre la reanimación cardiopulmonar, este principio indica que su ejecución únicamente se justifica cuando suponga un beneficio para el paciente. En este punto, se aplica el concepto de “*Lex Artis ad hoc*” en la medida que se garantiza la protección de la integridad del paciente (16).

Ante situaciones de limitación de recursos, el principio de Justicia respalda a los pacientes en la obtención de las mejores condiciones de cuidado clínico disponibles según los debidos parámetros de priorización aplicados con base al riesgo beneficio a corto y largo plazo, favoreciendo a los pacientes la equidad de oportunidades en vivir el ciclo completo. Así mismo, el principio de Integridad, respalda la atención profesional de altos estándares de calidad, mediante la disposición de equipos de trabajo y disposición de los instrumentos necesarios para llevar a cabo el procedimiento (26).

En situación especiales donde no se ejecute RCP acorde con la decisión clínica tomada como respuesta al análisis ético reflexivo, se deben brindar las medidas de cuidado paliativo, emocional y espiritual del final de vida (26).

#### **6.1.6.1.2. Conformación del equipo de respuesta rápida**

La recomendación internacional establecida con base en los principios éticos, asegura una práctica rigurosa de RCP en temas morales en el contexto de la pandemia de COVID 19. En esta recomendación, se especifica la necesidad de contar con un equipo de reanimación de respuesta rápida, conformado idealmente por un especialista en anestesiología, uno en cuidado intensivo, otro en medicina interna, 2 jefes y 2 auxiliares de enfermería. Este personal debe contar con la experiencia y el equipo de protección personal necesario, para asegurar que el procedimiento sea de alta calidad (26).

#### **6.1.6.1.3. Protección adecuada del equipo de respuesta rápida**

El equipo encargado de realizar las maniobras de RCP, debe obligatoriamente contar con los EPP necesarios para realizarlas en las condiciones establecidas de bioseguridad, de no disponer de estos elementos, no se puede llevar a cabo (26).

#### **6.1.6.1.4. Establecer la confirmación de la voluntad anticipada**

Es imperativo que al ingreso hospitalario de un paciente que cuente con sus funciones cognitivas preservadas, o limitaciones en ellas que impidan la toma de decisiones; tener el conocimiento de la declaración del documento escrito de voluntad anticipada previo acerca de RCP. En caso de haberlo, se debe respetar y registrar debidamente en la historia clínica del paciente (26).

En caso de no establecerse previamente, el profesional de la salud debe proceder a explicar amplia y detalladamente la necesidad eventual de requerir maniobras invasivas de reanimación y el consecuente uso de VMI, que ante situaciones de escasez de recursos podrían no estar disponibles, y en caso que lo estuvieran, podrían conllevar tanto a beneficios como a potenciales, razón por la que el paciente posterior a la recepción de dicha información, debe tomar una decisión que debe quedar igualmente registrada en la historia clínica, con su firma y la de un testigo. Si los pacientes no cuentan con la capacidad cognitiva para comprender la información y tomar una decisión o no presenta voluntad anticipada de no reanimación, el médico debe considerarlo como candidato, siempre y cuando no cuente con alguna condición que lo exonere, ya que se parte del principio de respeto a la dignidad y autonomía de los pacientes (26).

#### **6.1.6.1.5. Evitar el encarnizamiento terapéutico**

La reanimación cardiopulmonar debe ser abolida en todos los casos donde resulte fútil y por lo tanto se manifieste como encarnizamiento terapéutico, pese a la voluntad de la familia. Estos casos se presentan en pacientes terminales

(pronóstico de vida inferior a 6 meses), situaciones de fragilidad grave, deterioro marcado por incrementos en las puntuaciones de escalas clínicas como SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) o APACHE II, ausencia de disponibilidad de equipos VMI o UCI requeridos en el tratamiento bloqueando la continuidad de la “cadena de supervivencia” según los protocolos de RCP (26).

Igualmente, en paciente en quien se instauró la medida de RCP, y no responden posterior a 5 ciclos o 20 minutos de maniobras de actividad, se deben suspender las maniobras en función de la evaluación riesgo /beneficio (26).



## **7. CONCLUSIONES**

La pandemia por COVID 19 ha representado un evento trascendental en la comunidad mundial, debido al cambio de paradigma de la sociedad como es conocida “normalmente” y el impacto exorbitante que conllevó a los sistemas políticos, económicos, morales y sanitarios al desarrollo de una crisis sin precedentes, en las diferentes sociedades del mundo. Esto dio paso a una serie de dilemas éticos de alta carga moral, debido a los desafíos que relacionados entre sí, surgen en el día a día de cada uno de los niveles sociales donde se comprometió en primera instancia la vida del hombre, su libertad y dignidad como ser humano.

En dicho punto, la Bioética como disciplina tomó mayor relevancia, en la medida que condujo a un abordaje interdisciplinar conveniente, oportuno y lógico, de los desafíos nacientes, para facilitar la interpretación de los eventos, y generar espacios reflexivos para su análisis integral y universal. Así, su reconocimiento como disciplina que desde su origen se instauró como puente de comunicación entre el humanismo y la ciencia, establece los criterios de su fundamento antropológico en el quehacer del día a día, aún más indispensable en tiempos de crisis.

Han sido entonces las instituciones científicas y los entes gubernamentales de cada estado, los encargados de promover el apoyo bioético durante la pandemia para facilitar la aplicación de marcos éticos en paralelo al desarrollo científico e investigativo en respuesta al control de la pandemia; ya que la dificultad se incrementa al corresponder a un brote infeccioso donde las decisiones deben tomarse con urgencia, en el contexto de incertidumbre científica y angustia moral, reconociendo la importancia de plantear estrategias significativas y efectivas de prevención y preparación a futuro, frente a futuros rebrotes y posibles eventos nuevos, de índole mundial y gran impacto social como la actual pandemia.

Se hizo imperativo entonces, el establecimiento anticipatorio de guías y protocolos de carácter universal, aplicables a cualquier contexto social; que

contengan los criterios para la toma de decisiones, teniendo en consideración las barreras globales como la escasez de recursos cara a la necesidad de asegurar el acceso de toda la población a los servicios de salud y las intervenciones derivadas de la misma, principalmente a aquellos en condiciones de vulnerabilidad.

En este punto, la práctica bioética favoreció el acceso más equitativo tanto a los beneficios como a las cargas de los procesos realizados, y el reconocimiento de la necesidad de intervención individual y colectiva a partir del fortalecimiento de servicios de humanismo y bioética como los comités de ética clínica. Esto, con el fin de facilitar la atención clínica en la priorización de recursos y la atención emocional a través de la escucha activa, el diálogo reflexivo, como estrategias que favorecen el desarrollo de habilidades emocionales para afrontar los desafíos morales del día a día, reconociendo las consecuencias a largo plazo que se prevén ante la falta de adaptación frente a la crisis.

Igualmente, se estableció a través de un enfoque de los principios y estrategias de control instauradas por los gobiernos, la necesidad en la difusión y comunicación responsable de información en pandemia; y a nivel de investigación, la especificación de la regulación de las prácticas científicas, en respuesta al cumplimiento de los requisitos reglamentarios. Como resultado, plantea la necesidad de identificar los obstáculos más significativos que dificultan la ejecución de acciones en atención clínica eficaces y eficientes, y su respectiva acción para enfrentarlo.

Igualmente, el carácter reflexivo de la Bioética, invita al individuo a deliberar de forma objetiva y con un enfoque de bienestar colectivo, a la toma de medidas y acciones necesarias para contribuir al control y mitigación del brote epidemiológico, desde su propia capacidad y conciencia, facilitando la mirada crítica de su deber moral, lo cual deja al descubierto que el reconocimiento de la angustia moral evidencia un aspecto racional propio del ser humano y tal vez, el más importante como ser social para la humanidad: la solidaridad.

De esta manera, aceptar y reconocer cada una de las características y desafíos de la pandemia se comporta como el factor unificador que articula la ciencia y el humanismo, favoreciendo en la misma medida, el avance científico y moral del médico, lo que se traduce en oportunidad de evaluación del sentido mismo de la profesión, restableciendo la dirección de la práctica clínica profesional.

Se puede reconocer entonces a la pandemia, como un espacio que permite la re interpretación de los hechos que ocurren en la vida del hombre y la reflexión frente a la necesidad de cambio del rumbo de las circunstancias no favorables, anteponiendo los posibles hechos desafiantes que surgen en el día a día, en tiempos de pandemia o fuera de esta, donde reconstruir las relaciones humanas sobre la base de la igualdad, respeto y la solidaridad se hace necesario.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henao SO, Mora AM, Solano FC, Ávila-Aguero ML. Bioethical implications in vaccine development, a COVID-19 challenge. *Cureus*. 2020;12(9):2–4.
2. Villalta NPR. La bioética en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Alerta, Rev científica del Inst Nac Salud*. 2020;3(2):42–3.
3. Alhalaseh YN, Elshabrawy HA, Erashdi M, Shahait M, Abu-Humdan AM, Al-Hussaini M. Allocation of the “Already” Limited Medical Resources Amid the COVID-19 Pandemic, an Iterative Ethical Encounter Including Suggested Solutions From a Real Life Encounter. *Front Med*. 2021;7:1–7.
4. Dunham AM, Rieder TN, Humbyrd CJ. A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;0(0):1–6.
5. Ñique Carbajal C, Cervera Vallejos M, Díaz Manchay R, Domínguez Barrera C. Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev Medica Hered*. 2020;31(4):255–65.
6. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med intensiva*. 2020;44(7):439–45.
7. Skapetis T, Law C, Rodricks R. Systematic review: bioethical implications for COVID-19 research in low prevalence countries, a distinctly different set of problems. *BMC Med Ethics*. 2021;22(22):1–8.
8. Chávez MHR de. Bioethics in the face of the COVID-19 pandemic. 2020.
9. Health MD of. Ethical Framework to Allocate Remdesivir in the COVID-19 Pandemic. 2020.
10. Grady C, Shah S, Miller F, Danis M, Nicolini M, Ochoa J, et al. So much at stake: Ethical tradeoffs in accelerating SARSCoV-2 vaccine development. *Vaccine*. 2020;38(41):6381–7.
11. Vittone S, Sotomayor CR. Moral Distress Entangled: Patients and Providers in the COVID-19 Era. *HEC Forum*. 2021;1–9.
12. Perin M, De Panfilis L. Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19. *BMC Med Ethics*.

- 2021;22(36):1–29.
13. Doldi M, Moscatelli A, Ravelli A, Spiazzi R, Petralia P. Medicine and humanism in the time of COVID-19. Ethical choices. *Acta Biomédica*. 2020;91(4):1–10.
  14. Yepes-Temiño MJ, González RC, Avello JMÁ. A moment for reflection. Ethical aspects in the pandemic SARS-CoV-2/COVID-19 in our clinical practice. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2021;68(1):28–36.
  15. Bernal GAG. Postpandemia: triple agenda para una nueva realidad. *Pers y Bioética*. 2020;24(2):127–35.
  16. Guzmán F, Franco E, Morales M, Mendoza J. El acto médico: implicaciones éticas y legales. *Acta Médica Colomb*. 1994;19(3):139–49.
  17. Sulmasy, D. D. Bioethics in the COVID-19 Pandemic. Estados Unidos: Youtube 9 de abril de 2020. Disponible en: [youtube.com/watch?v=okk6K0neDew](https://www.youtube.com/watch?v=okk6K0neDew).
  18. DeBruin D, Wolf SM. Allocation of Ventilators & Related Scarce Critical Care Resources During the COVID-19 Pandemic. 2020.
  19. Caplan AL, Waldstreicher J, Childers K, Maree A. Drugs of unproven benefit for COVID-19: a pharma perspective on ethical allocation of available therapies. *J Clin Invest*. 2020;130(11):5622–3.
  20. Thorsteinsdottir B, Madsen BE. Prioritizing health care workers and first responders for access to the COVID19 vaccine is not unethical, but both fair and effective—an ethical analysis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021;29(77):1–3.
  21. Dos Santos MJ, Martins MS, Santana FLP, Furtado MCSPC, Miname FCBR, da Silva Pimentel RR, et al. COVID-19: instruments for the allocation of mechanical ventilators—a narrative review. *Crit Care*. 2020;24(582):1–10.
  22. Vinay R, Baumann H, Biller-Andorno N. Ethics of ICU triage during COVID-19. *Br Med Bull*. 2021;138(1):1–11.
  23. Luengo-Charath MX, Anguita V, Bórquez B, Bascuñán MLR, Pacheco IMM, Michaud Ch P, et al. The responsible use and dissemination of information in a pandemic: An ethical imperative. *Rev Chil Pediatría*. 2020;91(5):794–9.
  24. Lancet T. The truth is out there, somewhere. *Lancet* (London, England).

2020;396(10247):291.

25. Lapid MI, Meagher KM, Giunta HC, Clarke BL, Ouellette Y, Armbrust TL, et al. Ethical challenges in COVID-19 Biospecimen research: perspectives from institutional review board members and Bioethicists. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(1):165–73.
26. Rueda EA, Suárez E, Gempeler FE, Torregrosa L, Caballero A, Bernal D, et al. Ethical guidelines on cardiopulmonary resuscitation in the context of the COVID-19 pandemic in Colombia. *Biomédica.* 2020;40(2):180–7.