



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**DILEMAS ÉTICOS: HUMANIZACIÓN Y EQUIDAD EN LA ATENCIÓN BRINDADA
AL PACIENTE CRÍTICO COVID 19**

**ETHICAL DILEMMAS: HUMANIZATION AND EQUITY IN THE CARE PROVIDED
TO CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

LILIANA PAOLA PARCO CADENA
MERCEDES RAQUEL VILLA TAMAYO

Director:

Mg. JESSICA MARJORIE GARCIA SALAS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**DILEMAS ÉTICOS: HUMANIZACIÓN Y EQUIDAD EN LA ATENCIÓN BRINDADA
AL PACIENTE CRÍTICO COVID 19**

**ETHICAL DILEMMAS: HUMANIZATION AND EQUITY IN THE CARE PROVIDED
TO CRITICALLY ILL COVID-19 PATIENTS**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

LILIANA PAOLA PARCO CADENA
MERCEDES RAQUEL VILLA TAMAYO

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Miriam Katherine Carrión Morales, Mg.

CALIFICADORA

Verónica Karina Arias Salvador, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano De la Cruz, PhD..

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, LILIANA PAOLA PARCO CADENA portadora de la cédula de ciudadanía No. 1721927729 y MERCEDES RAQUEL VILLA TAMAYO portadora de la cédula de ciudadanía No. 100386567-0, declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presentamos como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaramos que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Liliana Paola Parco Cadena
1721927729

Mercedes Raquel Villa Tamayo
1003865670

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de Maestría en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, titulado DILEMAS ÉTICOS: HUMANIZACIÓN Y EQUIDAD EN LA ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE CRÍTICO COVID 19 realizado por el/la maestrante: Liliana Paola Parco Cadena con cédula No. 1721927729 y Mercedes Raquel Villa Tamayo con cédula No. 100386567-0 , previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 26 de abril de 2024

Atentamente,

García Salas Jessica Marjorie, Mg

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien ha sido mi roca inquebrantable y mi luz en los momentos de oscuridad. A través de su amor infinito y su gracia, he encontrado fuerza y consuelo para superar cada obstáculo en mi vida. A mi amada familia, le dedico mi más sincero reconocimiento y gratitud por el constante apoyo y esfuerzo desinteresado. Su presencia ha sido mi refugio seguro en medio de las tormentas y mi mayor fuente de alegría en los días soleados.

Liliana Paola Parco Cadena

Agradezco a Dios por ser mi guía, a mi hija por la paciencia que me ha tenido y especialmente a mi novio por estar a mi lado, su cariño y constante apoyo han sido mi fuerza motriz en este camino para lograr mis metas, gratitud eterna por tener fe en mí y en lo que puedo lograr.

Mercedes Raquel Villa Tamayo

DEDICATORIA

En este artículo, quiero dedicar un sincero reconocimiento a Dios, cuya guía y amor incondicional han iluminado mis días más oscuros y desafiantes. Su presencia constante y su gracia infinita han sido mi refugio y fortaleza en todo momento.

A mi amada familia, le dedico este trabajo de maestría con todo mi cariño y gratitud por ser mayor fuente de inspiración. Sus sacrificios, comprensión y amor incondicional han sido la base sobre la cual construyo mis sueños y enfrento mis desafíos. Su presencia llena de amor y su apoyo inquebrantable son un regalo invaluable que atesoro con todo mi corazón.

Liliana Paola Parco Cadena

El presente trabajo dedicó a Dios por ser único y bondadoso por darme sabiduría, salud, vida y la fortaleza necesaria para salir siempre adelante y culminar con éxito mi maestría.

A mis padres, a mi papá que siempre me ha impulsado a crecer profesionalmente y especialmente a mamá, cuyo espíritu y recuerdo siguen iluminando mi camino, aunque ya no esté, su presencia sigue siendo una fuente de inspiración para mí. Sus palabras de ánimo siguen resonando mi corazón, recordándome que siempre está conmigo, guiándome en cada paso que doy.

A ti, mi amada hija, eres mi mayor alegría y orgullo, tu amor infinito son un recordatorio de lo bendecida que soy al tenerte en mi vida.

Mercedes Raquel Villa Tamayo

RESUMEN

El Covid-19 es una pandemia global que plantea desafíos, este nuevo coronavirus se propagó rápidamente, desencadenando una crisis sanitaria y obligando a los gobiernos y comunidades a implementar medidas drásticas para contener su propagación. La enfermedad ha afectado a millones de personas en todos los continentes, los pacientes graves a menudo requirieron ventilación mecánica y soporte vital avanzado debido a la insuficiencia respiratoria aguda causada por neumonía viral. Esta carga sobre las unidades de emergencias y cuidados intensivos ha planteado desafíos éticos para los profesionales de la salud. Por lo que, se propone analizar estudios sobre dilemas éticos que se presentaron durante la atención al paciente con COVID-19 en unidades críticas, así como la humanización y equidad en el cuidado brindado. Para llevar a cabo la presente investigación, se realizó una revisión bibliográfica sistemática, con enfoque cualitativo, utilizando bases de datos: Pubmed, Scopus, Scielo, Dialnet y Mendeley, con una población de 100 artículos que fueron analizados con criterios de inclusión y exclusión, quedando una muestra de 73. Se concluye que la atención a pacientes críticos con COVID-19 enfrentó dilemas éticos, como la distribución justa de recursos y la toma de decisiones en crisis, exacerbados por la escasez de personal y equipos de protección. Esto impactó negativamente en el cuidado humanizado, priorizando lo clínico sobre lo emocional. Sin embargo, se implementaron estrategias institucionales para abordar estos desafíos y garantizar una atención equitativa y eficaz.

Palabras clave: covid-19; humanización; ética; paciente, equidad

ABSTRACT

Covid-19 is a challenging global pandemic, this new coronavirus spread rapidly, triggering a health crisis and forcing governments and communities to implement drastic measures to contain its spread. The disease has affected millions of people on all continents, with severe patients often requiring mechanical ventilation and advanced life support due to acute respiratory failure caused by viral pneumonia. This burden on emergency and intensive care units has posed ethical challenges for healthcare professionals. Therefore, it is proposed to analyze studies on ethical dilemmas that arose during the care of patients with COVID-19 in critical units, as well as the humanization and equity in the care provided. To carry out this research, a systematic bibliographic review was carried out, with a qualitative approach, using databases: Pubmed, Scopus, Scielo, Dialnet and Mendeley, with a population of 100 articles that were analyzed with inclusion and exclusion criteria. leaving a sample of 73. It is concluded that the care of critically ill patients with COVID-19 faced ethical dilemmas, such as the fair distribution of resources and decision making in crises, exacerbated by the shortage of personnel and protective equipment. This negatively impacted humanized care, prioritizing the clinical over the emotional. However, institutional strategies were implemented to address these challenges and ensure equitable and effective care.

Keywords: covid-19; humanization; ethics; patient; fairness.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura.....	4
3.	Materiales y métodos	12
4.	Resultados	16
6.	Conclusiones	21
7.	Recomendaciones	22
8.	Referencias bibliográficas	23

1. INTRODUCCIÓN

El COVID-19 provocado por el Coronavirus Sars-CoV-2 se considera una afección altamente transmisible asociada a un Síndrome Respiratorio Agudo Severo. Los coronavirus constituyen un conjunto completo de virus que causan varios tipos de trastornos respiratorios cursando desde resfriados comunes hasta problemas respiratorios graves (Foucher y Faure, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en marzo del 2020 denominó al COVID-19 como pandemia, clasificándola como una emergencia de sanidad pública debido a su propagación mundial, afectando a todos los países que no estaban preparados para combatir la enfermedad. Los pacientes con estas infecciones desarrollan una serie de complicaciones cardiopulmonares graves acompañadas de respuestas inflamatorias sistémicas, por tanto, los departamentos de emergencia y la unidad de cuidados intensivos (UCI) desempeñan el mayor papel crucial en el combate contra el coronavirus implementando estrategias para combatir el impacto de esta pandemia (Sedes et al., 2020).

Enfrentar esta pandemia ha constituido un verdadero desafío, siendo no solo necesario el personal sanitario, medicamentos e insumos, sino también, el reflexionar y tener una perspectiva bioética basada en la ética y en los derechos del paciente, teniendo una visión holística de la persona en las unidades críticas, el COVID-19 ha producido consecuencias no solo económicas, políticas y de la sociedad en general, es así que, la información científica ha crecido considerablemente sobre esta temática, dejando de lado el tema de los dilemas afrontados por el personal médico frente a la atención de pacientes con la infección (Vizcaíno y Esparza, 2021). En este contexto, los equipos de respuesta urgente y unidades de cuidados críticos se han visto colapsados por la demanda de pacientes, teniendo que tomar decisiones debido a la falta de recursos humanos e insumos limitados (Pattison, 2020).

Así mismo, Robert et al., (2020) mencionan que en las unidades de terapia intensiva se han generado angustia en el personal sanitario empezando desde el triaje, tratamiento, soporte vital y las decisiones de retirada de este, pudiendo estos aspectos influir en los principios bioéticos. En base a las exigencias de esta pandemia, los trabajadores sanitarios deben guiarse por principios éticos y no sólo por las formas de pensar y sus creencias. Se dispone de recursos, leyes y normas éticas, si existe incertidumbre se debe asesorarse de especialistas, pudiendo así evitar un estrés emocional y psicológico mayor.

Según Castejón et al., (2019) afirman que en el día a día el profesional sanitario confrontó varios desafíos éticos por lo que deben estar capacitándose de forma continua en el tema, con la intención de prevenir cualquier perjuicio en el tratamiento del paciente, ya que en los Cuidados Intensivos es muy frecuente los acontecimientos donde se suscitan problemas éticos y es por ello que el personal que labora en dichas áreas debe estar muy bien capacitados y formados en Bioética.

De igual manera, Espinoza et al., (2021) señalan que los trabajadores de la salud deben tener un sólido aprendizaje desde lo científico y práctico hasta lo humano y ético, para que pueda ejercer sus funciones de manera consciente y competente, al mismo tiempo debe asumir la responsabilidad de acatar las leyes y normas éticas para que regule la acción de su deber y el conocimiento de relevancia y limitaciones, marcando énfasis en el reconocimiento de la importancia de la vida, salud y la dignidad humana.

Por lo expuesto anteriormente se originan las siguientes interrogantes de esta investigación:

- ¿Hubo dilemas éticos durante la atención del paciente con COVID-19 en las unidades críticas?
- ¿Hubo cuidado humanizado y equidad durante la atención en los pacientes críticos con COVID-19?
- ¿Se implementaron estrategias institucionales para abordar los dilemas éticos suscitados durante la atención al paciente con COVID-19?

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), incentiva a coordinar comités multidisciplinarios enfocados en la resolución de dilemas éticos (Reimundo et al., 2022). La emergencia médica por COVID-19 ha conllevado un escenario complejo condicionando un ejercicio diferente al habitual para el personal de salud, lo que genera un intenso y activo debate ético, cuyas conclusiones deben ser consideradas en futuras pandemias (Martin et al., 2020).

La severidad de la pandemia de SARS-CoV-2 ha creado gran carga para los recursos, en áreas de atención crítica de los nosocomios a nivel mundial, especialmente para los que no contaban con el personal o los insumos adecuados (Yang et al., 2020). En varios estudios se ha podido evidenciar que, el COVID-19 ha sacado a relucir dificultades, escasez, injusticias, disparidad y vulnerabilidad de los servicios sanitarios de diversos gobiernos a nivel global, este virus se expandió rápidamente dejando efectos catastróficos (Acosta, 2021). Por todo lo expuesto en este estudio, se tiene como objetivo revisar referencias bibliográficas sobre los dilemas éticos que se presentaron durante la atención al paciente con COVID-19 en unidades críticas e intensivas, así como la humanización y equidad en el cuidado brindado.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Ética

El término "ética" encuentra su origen en la palabra griega "ethos", que se puede traducir como "carácter" o "maneras de ser". La ética conlleva un análisis reflexivo y racional de la moralidad. Además, explora la posición que los individuos adoptan según sus principios personales, los cuales se mantienen firmes e inalterables, proporcionando un marco que guía la conducta humana a través de su propia brújula (Pozón, 2018).

En la antigua Grecia, Sócrates introdujo el concepto de ética en la esfera pública, mediante su método mayéutica, que se basa en la indagación y el cuestionamiento, el filósofo animaba a las personas a participar en la introspección y examinar críticamente sus valores personales y las normas morales prevalecientes de virtud y bondad. Sócrates creía que un individuo ético no compromete su moral, independientemente de las circunstancias o la influencia de los demás, ya que posee una comprensión profunda de los fundamentos y el propósito final de sus principios morales, alguien que posee valores legítimos no sólo es consciente, sino que también participa activamente en el pensamiento reflexivo, cuestionando y reevaluando sus propias acciones, apropiándose de su proceso en la toma de decisiones (Ipojucann y Barbosa, 2022).

La ética ocupa una posición destacada en el curso de la existencia humana y desempeña un papel vital donde le corresponde por derecho, más aún en tiempos de crisis, particularmente en el campo de la medicina, sobre todo en la toma de la mejor decisión final posible. Por ende, surgen valores morales diversos y contradictorios. Es por ello por lo que es importante promover la prevalencia de lo digno, justo, solidario y la responsabilidad frente al egoísmo, la incapacidad y el individualismo (Barreiro, 2020).

En este sentido, la ética médica es “la disciplina que promueve la buena práctica profesional buscando el beneficio del paciente, con el objetivo de resguardar su dignidad, sanidad y la vida”. A semejanza de la ciencia, implica valores que deben realizarse, dirigidos a alcanzar los dignos fines de la medicina: recuperar la salud, mejorar los síntomas y restablecer la función de los órganos; salvar y preservar vidas, prevenir el padecimiento; enseñar al paciente y brindar consejería a sus familias; evitando daños por un tratamiento inapropiado (Carrasco, 2017).

Hipócrates, médico y filósofo griego, es considerado el padre de la medicina, no obstante, el primer código de ética médica fue emitido por el médico inglés Percival del siglo XVIII, quien refiere que la ética médica es la aplicación de valores morales en la práctica profesional (Ipojucann y Barbosa, 2022).

2.1.1. Principios éticos

- **Dignidad humana y la autonomía:** significa respeto y reconocimiento a una persona como libre, garantizando el derecho y la atención a la salud de manera oportuna y de alta calidad, respetando su autonomía, informando de manera clara y concisa acerca de su diagnóstico y probabilidad terapéutica, así como la toma de decisión en el rechazo al tratamiento (Simoes y Sapeta, 2019).
- **Igualdad:** Principio que nos rememora que los clientes externos son ciudadanos dignos en igualdad de derechos sin excepción alguna, significa que la designación de medios debe asegurarse equitativamente sin exclusión o privilegios, mejorando la atención sanitaria a la población y grupos vulnerables (Paredes et al., 2019).
- **Justicia:** Todos los pacientes serán tratados justa y equitativamente en la asistencia de salud. La justicia se basa en cómo se trata a las personas cuando sus intereses compiten con los de los demás, como ejemplo son los pacientes que viven en áreas rurales que no pueden adherirse a sistemas sanitarios que se ofrecen en grandes ciudades (Raghvendra et al., 2020).
- **Confidencialidad:** se limita el acceso a la información médica del paciente sobre aspectos de su enfermedad: diagnóstico y tratamiento; manteniéndose resguardada o en sigilo, garantizando su privacidad, no se puede revelar a otras instancias sin su previo consentimiento o bajo circunstancias legales (Raghvendra et al., 2020).
- **Equidad:** Es la igualdad en la repartición de requerimientos, proporciones y productos. Se define como la disposición equitativa de los servicios y de los recursos (Yepes et al., 2021).

2.1.2. Dilemas éticos en la atención en salud

Los dilemas que se suscitan en salud se agudizan a medida que se toman decisiones que afectan de primera mano en la vida. Esta situación afecta a los integrantes del equipo de salud, que luchan estrechamente con la vulnerabilidad humana, enfrentándose a algo nuevo o desconocido. Estos profesionales tienen la responsabilidad moral y social de brindar cuidados a la salud del paciente, familia y comunidad con cualidades humanas, científicas y éticas para

sustentar la salud, mejorar las circunstancias de existencia, prever afecciones y asistir a los pacientes a soportar sus restricciones dignamente. Por tanto, se requiere ser formados con sensibilidad, humanidad y razonamiento para tomar decisiones frente a dilemas éticos en el ejercicio profesional (Silva et al., 2022).

A continuación, se describen los dilemas éticos:

- **Limitación del esfuerzo terapéutico:** podría incurrir desde el ingreso con pacientes valorados desde emergencia y hospitalización y que tienen comorbilidades y/o enfermedades terminales, ellos expresan su negativa al ingreso y a procedimientos invasivos, mientras que, en su estancia al término de la vida, el médico y su familia tendrá la toma de decisión basada en consideraciones debido a su mal pronóstico y a procedimientos que no beneficiarán en la mejoría de su estado (Castejón et al., 2019).
- **Distanasia:** Se refiere al uso de medios no convencionales a pesar de la convicción de que estos no ayudarán a aliviar el sufrimiento del paciente sino sólo a prolongarlo. Es hacer todo lo posible por retrasar la llegada de la muerte, muy frecuente en terapia intensiva porque ahí es donde está disponible la mayor parte de la tecnología (Riofrío, 2018).
- **Ortotanasia:** Se refiere a la muerte correcta, en el momento correcto, sin acortamiento o prolongación excesiva, es dejar que la muerte llegue en una enfermedad incurable y/o terminal, usando medidas paliativas respetuosas para control del dolor y evitando la extensión de su agonía (Riofrío, 2018).
- **Indicación de NO RCP:** la indicación de no Resucitación Cardiopulmonar se centrará en los precedentes del paciente, historia clínica y verificación si el paciente es o no reanimable, la aplicación indiscriminada de este procedimiento conduce a graves consecuencias neurológicas (Castejón et al., 2019).
- **Priorización y asignación:** este dilema implica a quienes brindar la atención inmediata cuando hay situaciones de emergencia, donde hay escasez de recursos para asignar un cuidado óptimo de salud acorde a los requerimientos del paciente, la decisión se hará bajo preceptos fundamentados en la bioética y los principios, así como el cumplimiento de los derechos como pacientes (Pawlikowski, 2019).

2.2. Bioética

El término Bioética proviene de los vocablos griegos Bio=vida y Ethos=ética, que se caracteriza por respetar los principios de “no hacer daño” y “hacer el bien”, y permitió permear una nueva corriente filosófica de pensamiento, pensamiento médico tal como surge para abordar cuestiones morales derivadas de la expansión de la ciencia tecnológica y su relación con la vida (López y Zuleta, 2020).

El término bioética según Hottois fue acuñado por el americano Van Rensselaer Potter quien en su apartado de 1970 denominado "Bioética, la ciencia de la vida", que luego incluyó en su obra titulada “Aprendiendo bioética, un puente hacia el futuro” en 1971, en el cual manifiesta que este término se refiere a la visión positiva del progreso científico y tecnológico, enfatizando constantemente en la obligación de una reflexión ética, un respeto inequívoco por los valores de la sociedad global, la naturaleza y la biosfera (p.17).

La bioética espera cerrar la brecha entre las ciencias experimentales y las humanidades para abordar el impacto humano de las nuevas tecnologías. Sin embargo, Fritz Jahr, empleó originalmente el término "bioética" en una edición de 1927 difundida en la revista científica Kosmos (Celis y Marina, 2020). De igual manera “El principio es respetar a todos los seres vivos como un objetivo y tratarlos con la mayor igualdad posible” (Rotondo de Cassinelli, 2017).

Fundamentada en inicios, la bioética prima el acatamiento a la independencia de las personas y la conservación de su intimidad. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) afirma la protección de derechos en el manejo clínico e investigativo, prestando especial atención al deseo de servir al orden público y la concientización sobre la salud en la comunidad (Barchifontaine y Aurélio, 2019).

La Organización Mundial de la Salud, menciona a la bioética como “El estudio ordenado de la conducta humana en biología y sanidad, donde la investigación se realiza de acuerdo con valores y principios éticos” (Briones, 2020).

La bioética ha logrado dos aspectos relevantes, el primero es comprometer a toda la comunidad, incluyendo a los expertos, en un diálogo constante, integral y diverso sobre temas importantes de salud, vida, muerte y dignidad y en segunda instancia se coloca con éxito a las ciencias superficialmente conflictivas, como la ciencia empírica experimental y las

humanidades, en la misma plataforma de reflexión, abordando la situación humana desde una perspectiva holística y asegurando la protección del organismo y la razón de las personas en lo que es la integridad psíquica y social (López y Zuleta, 2022).

Así mismo, la bioética es una pieza importante de la ética práctica y desempeña un rol importante en la sociedad moderna, se relaciona con muchos temas de la salud, la salud pública, economía sanitaria, biomedicina, investigación humana y animal, psicología, medio ambiente, eutanasia y aborto por lo que bioética es interdisciplinaria que implica la reflexión sobre estos y otros temas relacionados, estudiando el impacto de tecnologías, procedimientos, métodos o políticas sobre la dignidad humana, la justicia social o la sostenibilidad ambiental, por lo que se siempre se fomentara un diálogo continuo y profundo para comprender mejor las relaciones éticas de todo conocimiento sobre la vida en la tierra y ayudar a tomar decisiones éticas a nivel individual, institucional e incluso político y social (Mantilla, 2022).

La bioética y la salud pública comparten algunos rasgos al estudiar la conducta humana y su interacción desde diferentes perspectivas: la primera se basa en la filosofía de los valores, mientras que la segunda se basa en pilar de la llamada “salud de la colectividad”, que se manifiesta principalmente como libertad de la enfermedad, lesiones e incapacidades, en perfecto estado de salud (Kottow, 2022). En el contexto sanitario sobre todo en la investigación, se debe seguir las normativas para mejorar la calidad de los resultados, haciéndolos más fiables y seguros, los seres humanos a menudo están sujetos a experimentos, pero los pilares o principios de la bioética rigen ciertas condiciones (Ontano et al., 2021).

A la luz de esta evidencia, el convenio Oviedo y UNESCO son entidades importantes en el área de la bioética en las ciencias sanitarias, manifiestan que los avances científicos y tecnológicos deben ser regulares para promover la paz y beneficiar a la humanidad, señalando algunas de las precauciones que la ciencia puede presentar al mundo, los derechos y libertades esenciales para el ser humano (Marín, 2021).

2.2.1. Principios Bioéticos

Tal como expresa Trapaga (2018) el término bioética se dio a conocer por primera vez en los años de 1970 en aportes de un artículo y un libro de la “Bioética”. En 1979 los bioéticos Beauchamp y Childress definieron los siguientes principios de la bioética.

- **Principios de autonomía.** Se trata de reconocer el derecho de todos a tomar decisiones. En estudios clínicos, los principios de autonomía se determinan obteniendo conocimiento de investigadores participantes y consentimiento voluntario. El proceso de consentimiento en los ensayos clínicos es una elección hecha por individuos en base a información suficiente y comprensible (Aldana et al., 2021).
- **Principio de las buenas obras o beneficencia.** Se refiere a brindar siempre buenos servicios y hacer lo correcto, lo mejor para el individuo, respetando sus características únicas, por lo que se debe prestar más atención a los más vulnerables y necesitados, para garantizar mayores beneficios con menores riesgos y costos independientemente de que tengan enfermedades crónicas, de gravedad o de incurabilidad, ya que no es motivo para retirar la asistencia prestada (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2022).
- **Principio de no maleficencia.** Considerado el principio más antiguo desde la época de Hipócrates, que en última instancia supone que el paciente no puede ser dañado por la acción, inacción o ignorancia. Cualquier resultado de búsqueda de salud debe beneficiar a las personas en conjunto o individualmente y de ninguna manera perjudicarlas (Ontano et al., 2021).
- **Principios de Justicia.** Esto incluye la distribución de igualdad de cargas y beneficios, justicia y planificación en áreas sanitarias; se basa directamente en centrarse primero en los grupos más vulnerables que pueden participar; exige que todos sean tratados por igual y que nadie sea discriminado por motivos de raza, etnia, edad, situación económica o educación; priorizando las actividades a realizar, el uso concienciado de los insumos materiales, porque es necesario repartir la economía de forma más humana y ayudar a los más vulnerables (Narváez y Gómez, 2022).

2.3. Humanización

Según la Real Academia de España (RAE), la palabra "humanizar" tiene dos definiciones: el transitivo del verbo "hacer a alguien o algo humano, familiar y amable" y el pronombre del verbo "ablandar, no enojarse, cambiar", por lo que la humanización parece darse de muchas formas hacia otras personas o con uno mismo de una manera justa y amable (Segura, 2022).

La humanización es una cuestión moral y transversal, la forma en que comenzamos se trata de valores, citas y su interés en una relación con alguien y con uno mismo, humanizar la realidad la infunde con valores humanos reales y no se trata solo de usar la tecnología para

combatir los males de la vida, se trata de brindar asistencia técnica y humana a la vez (Bermejo y Villacieros, 2018).

El humanismo requiere esfuerzo para aprender a conocer y cuidar, la empatía y el altruismo disminuyen cuando las personas están expuestas a cargas académicas y laborales muy pesadas o para satisfacer necesidades emocionalmente estresantes y abrumadoras cuidando a los demás a distancia, por lo que es importante trabajar las horas adecuadas donde el tiempo no sea más extendido, dando lugar a un tiempo "legal", tiempo para desarrollarse, para compartir en familia, disfrutar de la naturaleza y cuidar los comportamientos y la salud física y mental, desarrollando hábitos de respeto, amabilidad y altruismo (Navarro, 2018).

2.3.1. Humanización en el cuidado de salud

El personal sanitario humanista es aquel que trata a los pacientes desde una perspectiva holística científica y humana, como seres humanos, y mucho más siendo profesionales de la salud, se debe adoptar la humanización como un hábito, por lo tanto, el conocimiento no es una acción, sino un hábito (Marín, 2021). Por otra parte, Alonso (2021) destaca la relevancia de abordar el aspecto humano en una carrera como la enfermería, pues esto influye considerablemente en la interacción directa y la atención personalizada al paciente.

La atención humana según Waldow es un rasgo fundamental del ser que se asocia al desarrollo humano, es la condición y el sentido de la existencia en interacción con el mundo, en esta relación se incluyen valores, componentes morales y emocionales, reflejándose la verdadera enfermería, incluyendo aspectos cognitivos del conocimiento y la percepción intuitiva, haciendo énfasis en el cuidado con un enfoque integral y holístico (Chunga y Ramírez, 2019).

En términos de actores involucrados, el cuidado humano se basa en la interacción de diferentes actores: clientes externos, familia, cuidadores, profesionales sanitarios, y administradores, la interacción de todos es muy importante para crear un ambiente de trabajo y cuidado que cumpla con objetivos y con la misión del sistema de salud, la participación activa de los profesionales es muy importante para humanizar el cuidado (Pérez et al., 2019).

Asimismo, Cruz (2020) menciona que para llevar a cabo la realización del cuidado humano en la atención de salud se requiere una buena comunicación e implementar la pertinencia de la atención de enfermería, trato empático, información clara, promoviendo la

seguridad y confianza, para de esta manera brindar asistencia integral, respetando los derechos humanos, comprendiendo las necesidades y perspectiva de los pacientes.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

Este análisis adoptó un enfoque cualitativo dado que se basó en la recopilación de información sin la utilización de mediciones numéricas. Se llevó a cabo a través de la exploración y explicación del tema, respondiendo a las interrogantes de investigación propuestas.

Como lo manifiesta Hernández, Fernández y Baptista (2014), la investigación cualitativa está conformada por varias aristas: comprensión profunda de datos, difusión del entorno, riqueza de interpretaciones, contextualización, detalles y experiencia única. Además, implica la recolección y análisis de datos no estandarizados, proceso que no utilizó mediciones numéricas o estadísticas, para de esta manera perfeccionar o refinar las preguntas de investigación.

Además, esta investigación se caracterizó por un diseño no experimental y transversal, sin intervención en variables. Se desarrolló desde julio de 2023 hasta marzo de 2024.

Así también, el estudio fue de tipo revisión bibliográfica sistemática y descriptiva, ya que se va a conocer rasgos y características del fenómeno a estudiar, teniendo como base epistemológica el método analítico como guía crítica para su elaboración y se analizaron documentos científicos.

Las revisiones sistemáticas son síntesis claras y organizadas de las fuentes utilizadas direccionadas a contestar una interrogante de investigación específica, es una descripción de toda la evidencia respecto a un tema (Moreno et al., 2018).

De la misma forma Hernández et al., (2014), refieren que la investigación descriptiva trata de averiguar, conocer los rasgos, particularidades y perfiles principales de las personas, grupos y comunidades de cualquier fenómeno analizado, es decir simplemente recopilando información de manera independiente describiendo las tendencias en grupos o subgrupos de personas.

3.2. Población y muestra

El universo de artículos revisados en este estudio comprendió 120 investigaciones originales relacionadas con el tema en cuestión. Se utilizó un método de muestreo no probabilístico con criterios de inclusión y exclusión, lo que resultó en una muestra de 72 artículos para su análisis.

Una población se considera un conglomerado infinito o finito de sujetos con propiedades comunes, la población es el monto de los elementos de investigación establecida por el investigador en concordancia con características significativas a desarrollarse en el estudio. Una población tiene las mismas propiedades que un universo, por lo que a una población se le puede llamar universo o a su vez al universo población (Arias, 2021).

A su vez, la muestra es una mínima por así llamarlo de las unidades de una población o una población seleccionada del grupo de personas que formaban parte de una misma población o de universos, donde se llevó a cabo la investigación con la finalidad de generalizar hallazgos estudiados dentro de los límites (López y Fachelli, 2017).

Asimismo, el muestreo no probabilístico es una subclase de la población en la cual la opción de los componentes no se basa en la probabilidad, sino en las propiedades del estudio, por lo que los investigadores escogen muestras en función de un juicio subjetivo en lugar de una selección aleatoria (Hernández, 2021).

3.2.1. Criterios de inclusión

- Investigaciones originales publicadas dentro de los últimos 5 años.
- Artículos en inglés y español que aborden la temática de estudio.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Artículos de revisión
- Tesis

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

En este estudio se recolectó datos mediante la búsqueda bibliográfica de artículos científicos originales, en banco de datos especializadas tales como: Pubmed, Scopus, Scielo, Dialnet y Mendeley, además, se utilizará palabras claves como “Covid-19”; “paciente”; “equidad”; “ética”; “humanización”. Se guiará la búsqueda con operadores booleanos AND “Ética and COVID”, “COVID and ethical dilemmas” y OR “COVID or Sars Cov2”, los artículos elegidos se guardaron y estructuraron en una matriz o tabla creada en el software Excel.

Al respecto a los métodos de recolección de datos, abarcan acciones y métodos que permitan a los investigadores recoger información necesaria para contestar interrogantes de investigación, deben estar protegidos o respaldados por herramientas de recopilación de datos (Hernández y Avila, 2020).

Asimismo, el medio utilizado para recolectar información es todo recurso que el investigador pueda valerse con el fin de aproximarse al contexto estudiado, es decir que el instrumento sintetiza en sí todo el trabajo de la revisión en estudio (Useche et al., 2019).

Las palabras claves son aquellas son términos o expresiones que representan el contenido de un documento que nos ayudaron a ordenar y orientar registros en sistemas de indexación y recuperación de información con respecto a elementos específicos de un manuscrito o archivo (González et al., 2012).

Los operadores booleanos pueden ser palabras o signos que conectan de forma lógica términos y permiten encontrar información, permitiendo así también conectar palabras clave con el objetivo de limitar o definir las búsquedas con mayor eficacia (Corvo, 2021).

3.4. Técnicas de análisis de datos

El análisis de datos del presente trabajo fue realizado mediante el proceso inductivo, donde se analizó y además se comentó los datos recolectados, mediante una revisión del fenómeno particular y así se estableció relaciones y conclusiones del estudio investigado.

Según Prieto (2017) menciona que el análisis inductivo implica sacar una conclusión general a partir de premisas específicas. En otras palabras, la inducción comienza con hipótesis específicas para conseguir información general sobre el tema en cuestión, este análisis es un

proceso que se singulariza por la recopilación de datos específicos para interpretar la pregunta a investigar mediante la interpretación yendo de lo peculiar a lo global (Reyes, 2022).

4. RESULTADOS

4.1. Dilemas éticos durante la atención del paciente con COVID-19 en las unidades críticas.

Como señala, Poveda et al., (2020), en el marco de la situación pandémica tanto enfermeras y médicos, se enfrentaron a dilemas éticos, donde debían desarrollar criterios para poder manejarlos, estos se dieron en torno a la distribución justa de suministros médicos para salvar vidas con la obligación ética de proteger equitativamente a todos los ciudadanos.

Según manifiesta Palazzani (2020), hubo un enigma a nivel mundial sobre la macro y micro asignación de los escasos recursos en las instituciones médicas, donde el personal de salud tuvo que tomar decisiones ya que estos estaban limitados en relación al número de los pacientes, afectando así a los pilares bioéticos.

Por su parte Espinosa et al., (2021), mencionan que se deben buscar una distribución equitativa de recursos promoviendo la no discriminación y que sean proporcionados en función de los insumos a disposición en una crisis como esta, cuando escasean los ventiladores o las camas de cuidados intensivos. Sin embargo, debido a esta crisis los médicos tuvieron que decidir por el paciente con más probabilidades de sobrevivir y en base a esto, asignar o no los recursos disponibles, esto para evitar decisiones arbitrarias.

Asimismo, en el estudio de Romero y Urruela (2020) revela que, la ocupación de camas entre los ingresos urgentes y electivos generó conflictos, ya que hubo una acumulación de pacientes en espera a ser admitidos en una cama de UCI, trayendo consigo la saturación del área de emergencias del hospital.

A su vez Wilkinson et al., (2020) manifiestan que en Reino Unido al inicio del brote, una de las mayores preocupaciones fue la asignación de camas en UCI teniendo que decidir a quién ingresar y a quien no, por lo que, el triaje se complicó para el personal de salud. Italia y España se vieron afectados gravemente en cuanto a la atención y asignación de camas de UCI para adultos mayores, evidenciándose discriminación (Mateos, 2022).

En este contexto, Palazzani (2020) refiere que, el valor básico de la igualdad humana sólo puede distribuirse sobre la base de la justicia, teniendo en cuenta las necesidades de cada uno de los individuos según la situación. El punto de inicio es la aceptación del "principio" de

que todos merecen ser tratados como tales, está claro que los recursos limitados no pueden desecharse ni desperdiciarse, sino que deben utilizarse eficientemente. Son precisamente los grupos más vulnerables, como los ancianos, los discapacitados o los pobres, quienes no deben ser excluidos por una lógica selectiva inspirada por el individualismo o la conveniencia social.

Por otra parte, con la aparición del virus y su rápida propagación, se instauró medidas de tratamiento sin evidencia científica basados en ensayos clínicos y protocolos con actividad *in vitro* limitada, acorde en la experiencia clínica sin asegurar la recuperación y rehabilitación de pacientes críticos (Munayco et al., 2021).

Además, otro problema que tuvo relevancia en esta crisis sanitaria fue la falta de personal sanitario y el poco conocimiento del manejo de las áreas críticas y contagio de los mismos, generando altos niveles de estrés y agotamiento por las altas jornadas de trabajo, (OMS, 2020). El profesional sanitario fue reasignado desde otras áreas para la colaboración en UCI a medida que la crisis de brote se intensificó (Bardi et al., 2020). La falta de insumos para la prevención de la patología, especialmente en entornos de escasos recursos, puso en riesgo a los trabajadores sanitarios y a los pacientes, generando desafíos para garantizar un tratamiento seguro y eficaz (Zelalem et al., 2020).

4.2. Cuidado humanizado y equidad durante la atención a los pacientes críticos con COVID-19

Moretti et al., (2021), manifiestan que en situaciones emergentes como al inicio del brote de esta pandemia, se suscitaron escenarios colapsados por el incremento de pacientes con requerimiento de cuidados críticos e intensivos, la implementación de áreas improvisadas y el personal inexperto, fueron factores que afectaron intensamente las intervenciones de enfermería, ya que se ponía mayor énfasis en el tratamiento clínico, dejando de lado el aspecto espiritual y el enfoque holístico y humanizado.

También, el temor al contagio del virus, el aislamiento estricto, los dispositivos de protección causaban barreras en la comunicación, el personal lo hacía con tiempo y acceso limitado por la incertidumbre, intranquilidad y nerviosismo, la relación paciente enfermera no se sustentó en el apoyo psicoemocional, solo en la atención tecnificada.

Por su parte, Fernández et al., (2021) refieren que, el cuidado sanitario se vio interrumpido, por las rígidas medidas de aislamiento, además de horarios extenuantes de

trabajo, causando cuidados deshumanizados, debido a intervenciones rápidas basadas en parámetros fisiológicos, protocolos y técnicas muchas veces sin mejoría en la hemodinámica del paciente, lo que a su vez causaba frustración y tristeza en enfermeras y personal médico.

De igual manera, González et al., (2021), añaden que con la llegada de la enfermedad se empezó a visualizar el poco personal sanitario especializado en cuidados críticos y terapia intensiva, teniendo que enfrentarse a esta patología con poca información, áreas inadecuadas, atención asistencial de alta complejidad, creándose una batalla donde las actuaciones debían ser rápidas, centradas en cuidados específicos y no en el paciente, estas barreras en el cuidado enfermero de los pacientes repercutieron en las intervenciones.

Según Allande et al., (2021), señalan que las enfermeras actualmente están altamente cualificadas en términos de educación, escucha activa, pensamiento crítico, brindan apoyo y compañía espiritual; basadas en teorizantes como Watson, incorporando el cuidado humanizado, sin embargo, las limitaciones más importantes fueron el miedo en la correcta utilización de equipos de protección; fallando en la comunicación efectiva con los pacientes y familiares, limitando y deshumanizando el proceso de cuidado directo en las áreas críticas, desde su ingreso hasta el final de su vida, a pesar de los intentos del personal médico con llamadas hacia su familia y explicaciones sobre intervenciones a realizar.

Franco (2021) refiere que, la comunicación enfermera y familia, en esta situación específica fue baja, se rompió y/o desapareció. La información del paciente fue proporcionada por vía telefónica por un médico autorizado, una vez al día y sin habilidad comunicativa, en algunos países se utilizaron tablets para lograrlo, dejando de lado el acompañamiento familiar por el temor a la propagación.

En este contexto, Fernández et al., (2023) mencionan que, se restringió las visitas, siendo más evidente en las primeras olas, donde los pacientes fallecían y no había acompañamiento del familiar para morir dignamente, vulnerando sus derechos al final de la vida.

4.3. Estrategias institucionales para abordar los dilemas éticos suscitados durante la atención al paciente con COVID-19

Rascado et al., (2020), manifestaron que la Sociedad Española de Medicina Intensiva elaboró un plan de contingencia para ayudar en los problemas que se suscitaron durante la

pandemia manteniendo así información adecuada en la asistencia de pacientes infectados de forma clara y justa, minimizando la proliferación de la enfermedad, así como la asignación de los insumos, priorización de pacientes que tengan mejor capacidad de recuperación, insertando así normas para la admisión a terapia intensiva y a su vez introduciendo el triaje con pautas de inserción y segregación.

También, Bardi et al., (2020) mencionan que, en España en el Hospital Ramón y Cajal se instauraron estrategias como incorporar ventiladores de quirófano y máquinas de anestesiología, se crearon áreas de cuidados intermedios aumentando así camas en áreas improvisadas en recuperación, cuando los pacientes requerían cuidados especializados de terapia intensiva se los trasladaba hacia allá, estos cambios se debieron a la falta de respiradores mecánicos, espacio físico y al aumento de pacientes con necesidad de soporte ventilatorio.

De igual manera, Ferrer et al., (2022) manifiestan que, en España en el Hospital Vall d'Hebron se implementaron estrategias, entre ellas la ampliación de su espacio físico y distribución de ventiladores antiguos para tener mayor disponibilidad, se creó un área de intermedios de Neumología para lograr el alta rápida de UCI y abastecer las necesidades de ingreso a esta unidad, dando oportunidad a toda la población. Estas decisiones cambiaron la programación quirúrgica y las actividades de trasplante de órganos. A su vez se capacitó en temas relacionados a ventilación, adecuada utilización de equipos de protección individual, pronación y neumonía del paciente crítico.

Así también, en España se entregaron ventiladores, de los cuales se consideraba su uso a los pacientes de hasta 70 años sin comorbilidades, mientras que en pacientes de 80 años con comorbilidades se instauraron tratamiento de oxigenoterapia, distribuyendo el recurso de acuerdo a criterios médicos (Camargo, 2020).

A su vez, Munayco et. al., (2021), añade que en Madrid implementaron una unidad médica del ejército como hospital de campaña, para contribuir en la asistencia y aumentar camas para los enfermos de neumonía con COVID-19, entre ellos pacientes que requirieron ventilación mecánica no invasiva e invasiva protectiva, reclutamiento alveolar y medidas de pronación, implementando equipos, insumos y enseres, además de una planta de oxígeno. De la misma manera en Francia e Italia el ejército colaboró con el personal civil para la atención de pacientes con síndrome de distrés respiratorio, manteniendo medidas de protección sanitaria instauradas.

Por su parte, Avellaneda et. al., (2020) señala que en el Hospital de Valladolid España pusieron en marcha gestores para la comunicación, a través de videollamadas por medio digital, captando así sus necesidades y mejorando el vínculo familiar percibido como una atención más humana y de calidad asistencial, ya que se consideró que la falta de comunicación entre familia y paciente causaba, ansiedad y desamparo.

5. CONCLUSIONES

Los dilemas éticos durante el cuidado del paciente con COVID-19 en las unidades de cuidados críticos fueron la distribución equitativa de suministros médicos y la toma de decisiones sobre la asignación de recursos limitados, la falta de evidencia científica sólida para el tratamiento de la enfermedad aplicando medidas terapéuticas con resultados inciertos. Además, la falta de personal sanitario capacitado y la carencia de equipamiento de protección adecuado conllevando a un incremento de los riesgos para el personal médico y pacientes.

Basándose en los hallazgos presentados, es evidente que, durante la atención a pacientes críticos, el cuidado humanizado se vio comprometido. Factores como la carga de trabajo, falta de recursos adecuados, desconocimiento de la enfermedad y restricciones impuestas por la pandemia contribuyeron a una atención centrada más en aspectos clínicos que en las demandas emocionales y espirituales de los pacientes. La comunicación se vio afectada, lo que resultó en una disminución en el apoyo psicoemocional y en la calidez de la interacción paciente-enfermero.

En medio de la crisis sanitaria por COVID-19, se implementaron diversas estrategias institucionales para abordar los dilemas éticos y garantizar una atención equitativa a los pacientes. Estas estrategias incluyeron el desarrollo de planes de emergencia por la Sociedad Española de Medicina Intensiva para distribuir recursos de manera justa y priorizar pacientes según su capacidad de recuperación. También se establecieron áreas de cuidados intermedios y se reubicaron pacientes hacia ellas para optimizar el uso de recursos. Se amplió el espacio físico y se entregaron ventiladores con criterios médicos acorde al triaje, además de la colaboración interinstitucional con el ejército para establecer unidades médicas adicionales. Finalmente, se implementaron sistemas de comunicación digital para mejorar la conexión entre pacientes y familias.

6. RECOMENDACIONES

Dada la complejidad de los dilemas éticos enfrentados durante la atención del paciente con COVID-19 en unidades críticas, es crucial adoptar medidas proactivas. Se recomienda establecer protocolos claros y transparentes para la distribución equitativa de recursos y suministros limitados. Además, promover la formación continua del personal sanitario en ética y toma de decisiones en situaciones de crisis para mejorar la capacidad de respuesta. Asimismo, se debe priorizar la investigación rigurosa para respaldar las decisiones terapéuticas y asegurar la protección del personal y pacientes. Por último, asegurar un suministro adecuado de equipo de protección personal es fundamental para mitigar riesgos.

Ante la evidente afectación del cuidado humanizado durante la atención a pacientes críticos, es crucial priorizar acciones que restablezcan el equilibrio entre aspectos clínicos y emocionales. Se recomienda establecer iniciativas de formación continua para el personal sanitario, enfocados en habilidades de comunicación afectiva y apoyo psicoemocional. Además, es fundamental asignar recursos adecuados, como tiempo suficiente para la interacción con los pacientes y familia, así como el acceso a servicios de apoyo psicológico. Promover una cultura organizacional que valore el cuidado integral del paciente y fomente la empatía en todas las interacciones contribuyendo significativamente a la mejora en la calidad del cuidado en situaciones de crisis como fue esta pandemia.

Basándonos en las lecciones adquiridas durante la crisis de COVID-19, es esencial continuar fortaleciendo las estrategias institucionales para asegurar una atención equitativa y de alto nivel a los pacientes. Se recomienda que las instituciones de salud elaboren y conserven planes de emergencia actualizados, enfocados en la distribución justa de recursos y la priorización de pacientes según su estado. Además, es importante seguir ampliando la capacidad física y los recursos disponibles, así como fomentar la colaboración interinstitucional. Asimismo, se debe continuar mejorando los sistemas de comunicación digital para facilitar la conexión entre los pacientes y sus seres queridos, proporcionando un respaldo emocional constante en situaciones difíciles.

7. REFERENCIAS

- Acosta, J. (2021). Los desafíos bioéticos y biopolíticos develados por la pandemia COVID-19. *Revista Cubana Salud Pública*.
<https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2629/es/>
- Aldana, G., Tovar, B., Vargas, Y., y Joya, N. (2021). Formación bioética en enfermería desde la perspectiva de los docentes. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 121-142.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7908440>
- Allande, R., Navarro, C., y Porcel, A. (2021). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, S62-S67.
<https://static.elsevier.es/covid/1-s2.0-S1130862120303156-main.pdf>
- Alonso, R. (2021). Humanización y conocimiento: pilares de enfermería. *Enfermería Nefrológica*, 7-10. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021001>
- Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. ENFOQUES CONSULTING EIRL.
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Arias-Covinos-Dise%C3%B1o_y_metodologia_de_la_investigacion%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Arias-Covinos-Dise%C3%B1o_y_metodologia_de_la_investigacion%20(1).pdf)
- Avellaneda, S., Jiménez, M., Humada, P., Redondo, N., Del Rio, I., Martín, A., Mate, A. y Fernández, M. (2020). Gestión de la comunicación de los pacientes, aislados con sus familias por la COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647920301214>
- Barchifontaine, C., y Aurélio, M. (2019). Bioética, salud y realidad brasileña. *Revista Bioética*, 439-445. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273327>
- Bardi, T., Gómez, M., Candela, A., de Pablo, R., Martínez, R. y Pestaña, D. (2020). Respuesta rápida a Covid, estrategias de escalada y desescalada para ajustar la capacidad suplementaria de camas de UCI a una epidemia de gran magnitud. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341192920301785>

- Barreiro, A. (2020). La ética en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400019
- Bermejo, J., y Villacieros., M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 01-16. <https://n9.cl/l3doi>
- Briones, A. (2020). Percepción del paciente sobre la aplicación de principios bioéticos en los cuidados de los estudiantes de enfermería. *Revista Colombiana*, 1-10.
<https://doi.org/10.18270/rce.v19i3.2422>
- Camargo, R. (2020). Los aspectos morales bioéticos y científicos guían las decisiones en el contexto de recursos escasos durante la pandemia por COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 213-220.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7664473/pdf/main.pdf>
- Carrasco, O. (2017). La educación médica en principios éticos,. *Cuadernos Hospital de Clínicas*. http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v58n2/v58n2_a09.pdf
- Castejón, O., Hernández, H., Núñez, R., y Shanniewaleska, B. (2019). Dilemas éticos en la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y paros cardiorrespiratorios. *Revista Médica Honduras*, 33-37.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1049503>
- Celis, L., y Marina, A. (2020). La bioética en sus 50 años y su aporte. *Revista Salud Uninorte*, 342-345. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.2.174.2>
- Chunga, J., y Ramírez, E. (2019). Concepción y práctica del cuidado de enfermería en los servicios de salud de I y II nivel. *Revista SCIÉENDO*
<https://core.ac.uk/download/pdf/267888949.pdf>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2022). Deontología y bioética del ejercicio de la psicología Colombia. *El manual moderno colombia s.a.s*.
https://books.google.com.ec/books/about/Deontolog%C3%ADa_y_bio%C3%A9tica_del_ejercicio_d.html?id=YV-CEAAAQBAJ&redir_esc=y

- Corvo, H. (2021). *Operadores booleanos: para qué sirven, lista y ejemplos*. Lifeder. <https://www.lifeder.com/operadores-booleanos/>.
- Cruz, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 21-32. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100021
- Espinoza, F., Lam, A., y Torres, J. (2021). Ética: mecanismo para enfrentar conflictos en salud. *FACSalud*, 30-38. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/19375>
- Fernández, R., González, M., Arroyo, F., y Garnacho, J. (2023). Encuesta nacional sobre las políticas de comunicación, visitas y cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos durante las diferentes olas de la pandemia de COVID-19. *Enfermería Intensiva*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239923000603>
- Ferrer, R., Báguena, M., Balcells, J., Bañeras, J., Biarnes, A., de Nadal, M., y Ruiz, J. (2022). Organización de la atención a pacientes críticos en situación de pandemia: Experiencia del Hospital Vall d'Hebron durante el brote de neumonía por SARS-CoV-2. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 71-77. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529993X21002185>
- Foucher, G., y Faure, S. (2021). What is Covid-19? *Actualites pharmaceutiques*, 59-61. doi:10.1016/j.actpha.2020.11.015.
- Franco, A. (2021). CAMBIO DE PERSPECTIVA EN TIEMPOS DE COVID 19 PARA MEJORAR LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD. *Revista "Cuadernos"*. http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v62n2/v62n2_a10.pdf
- González, M., y Mattar, V. (2012). Las claves de las palabras clave en los artículos científicos. *Revista MVZ*, 2955-2956. doi:<https://doi.org/10.21897/rmvz.228>
- González, M., Quintana, C., Martínez, M., Alcolea, M., Navarta, M., Robledo, J., Palmar, A., Pedraz, A., González, C., Parro, A., y Otero, A (2021). El valor del recurso humano: experiencia en profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por

COVID-19.

*Enfermería**Intensiva.*<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239921001152>

Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Scielo, Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002

Hernández, S., y Avila, D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA*, 51-53. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/icea/article/view/6019/7678>

Hernández, C., Sampieri, R., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Hottois, G. (2020). *Que es la Bioética?*. Universidad Del Bosque. https://books.google.com.ec/books/about/Qu%C3%A9_es_la_bio%C3%A9tica_2da_edici%C3%B3n.html?id=RNgtEAAQBAJ&redir_esc=y

Ipojucann, C., y Barbosa, T. (2022). Ética médica y formación de médicos. *Revista Bioética*, 284-296. <https://n9.cl/r4lhz>

Kottow, M. (2022). *Bioética en Salud pública: Una mirada latinoamericana*. Editorial Universitaria de Chile. <https://n9.cl/ak6s1l>

López, L., y Zuleta, G. (2020). El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Revista de las ciencias del espíritu*. 1-30. doi:<https://doi.org/10.21500/01201468.4884>

López, P., y Fachelli, S. (2017). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIALCUANTITATIVA*. Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsoccua_cap2-4a2017.pdf

Mantilla, J. (2022). Bioética: Orígenes y Actualidad. *MedUNAB Ciencias de la Salud*, 148-150. doi:<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4494>

- Marín, M. (2021). Sobre el significado y alcance de los hitos más decisivos en el desarrollo de la bioética universal: el Convenio de Oviedo y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. *Revista de Bioética y Derecho*, 155-
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000200010172.
- Martín, C., Gómez, E., y Morlan, M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista española de medicina legal*, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
- Mateos, O. I. (2022). El derecho a la vida y a la salud de las personas mayores en la pandemia del Covid-19 y los protocolos médicos en Italia y en España. *Queste istituzioni*, 71-110.
https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45493/S2000301_es.pdf
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., y Villanueva, J. (2018). Revisiones sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista Clínica Periodoncia Implantación y Rehabilitación oral*, 184-186. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-184.pdf>
- Moretti, C., Cecaroni, S., Confortini, R., Rocaglio, C., Lioneto, V., Ndocaj, K., y Artioli, G. (2021). Nursing towards Covid-19 patients during the pandemic emergency in Italy: a qualitative study. *Acta Biomédica*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34328132/>
- Munayco, A., Guiote, P., Navarro, R., Manzanares, J., López, E., Puyol, I., y Hormeño, A. (2021). Asistencia en cuidados críticos de una unidad de sanidad militar dentro del hospital de campaña en la Institución ferial de Madrid durante la crisis SARS-coV-2. *Sanidad Militar*. <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v76n3/1887-8571-sm-76-03-143.pdf>
- Narváez, J., y Gómez, E. (2022). La bioética en el ámbito de la formación profesional. Caso Brasil, Colombia y México. *Revista Espacios*, 76-87.
<https://www.revistaespacios.com/a22v43n11/a22v43n11p06.pdf>
- Navarro, J. (2018). Humanización en la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 291-292.
[doi:https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.75011](https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.75011)

- OMS. (2020). Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales. *Campañas mundiales de salud pública de la OMS*, . Obtenido de <https://www.who.int/es/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021>
- Ontano, M., Mejía, A., y Avilés, M. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas. *Ciencia Ecuador* , 9-16. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/27-Texto%20del%20art%C3%ADculo-384-1-10-20211007.pdf
- Palazzani, L. (2020). The pandemic and ethical dilemma of limited resources: Who to treat? *Bioethics* Update.67-79. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395938X2030022X>
- Paredes, C., Pessen, K., y Barros, X. (2019). Ética de la Salud Pública. *Revista Bioética*, 244-252. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/190401/archivo.pdf?sequence=1>
- Pattison. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive Crit Care Nursig*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32280052/>
- Pawlikowski, J. (2019). La dimensión ética de las decisiones de priorización y asignación en el contexto de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019. *Archivos polacos de medicina interna*,, 466–472. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/es/covidwho-620473>
- Pérez, M., Molero, M., Peco, I., Oropesa, N., y José, G. (2019). Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. *European Journal of Health Research*, 63-77. doi:DOI: 10.30552/ejhr.v5i1.173
- Poveda, S., Bosch, A., y Falcó, A. (2020). La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*, 189-203. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300012&lng=es&tlng=es.

- Pozón, E. (2018). *Bioética: Una reflexión necesaria para las decisiones que más importan*. Plataforma Editorial. <https://n9.cl/r5klc>
- Prieto, B. J. (2017). El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *Cuadernos de Contabilidad*, 56-82. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6704741>
- Raghvendra, S., Vikas, M., Tanuj, K., y Sanjeev, M. (2020). Privacidad y confidencialidad del paciente en tiempos de Covid-19. *Revista Médico Legal*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716262/>
- Rascado, P., Ballesteros, M., Bodi, M., Carrasco, M., Castellanos, A., Catalán, M., y Escriba, A. (2020). Contingency plan for the intensive care services for the COVID-19 pandemic,. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 363-370. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.001>
- Reimundo, E., Cedeño, S., Ramirez, T., Villalobos, M., y Ríos, S. (2022). Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 32-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8558007>
- Reyes, E. (2022). *Metodología de la Investigación científica*. Estados unidos de América: Page publishing inc. https://books.google.com.ec/books/about/Metodologia_de_la_Investigacion_Cientifi.html?id=SmdxEAAQBAJ&redir_esc=y
- Riofrío, J. (2018). Eutanasia y distanasia: dos extremos opuestos. *Congreso Internacional Universitario de Bioética*. https://www.researchgate.net/publication/338569096_Eutanasia_y_distanasia_dos_extremos_opuestos
- Roberto, R., Kentish-Barnes , N., Boyer , A., Laurent, A., Azoulay, E., y Reignier , J. (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19. *Annals of Intesinve Care*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32556826/>
- Romeo, C., y Urruela, A. (2020). La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del COVID-19.

- Revista de Bioética y Derecho*, 99-112. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n50/1886-5887-bioetica-50-00099.pdf>
- Rotondo de Cassinelli, M. T. (2017). Introducción a la bioética. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 240-248. doi:<https://doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
- Sedes, R., Ballesteros, S., Bodi, S., Carrasco, R., y Castellanos, O. (2020). Contingency plan for the intensive care services for the COVID-19 pandemic. *Med Intensiva (Engl Ed)*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32360022/>
- Segura, M. (2022). Humanización en arquitectura hospitalaria: del desahucio a la integración. *Historia de la Arquitectura Hospitalaria de Barcelona*, 69-79. https://annalsdelsagratcor.org/docs/Annals_vol29n2.pdf#page=17
- Silva, A., Borges, E., Neves, M., Comaseto, I., y Dos Santos, R. (2022). Dilemas éticos durante la pandemia del Covid-19. *Revista Bioética*, 19-26. <https://n9.cl/yn76j1>
- Simoës, A., y Sapeta, P. (2019). Concepto de dignidad en la enfermería: un análisis. *Revista Bioética*. <https://n9.cl/2cbp7v>
- Trapaga, M. (2018). La bioética y sus principios al alcance del médico. *Medigraphic, literatura biomédica*, 53-59. <https://n9.cl/0t7v5>
- Useche, M., Artigas, W., Queipo, B., y Perozo, É. (2019). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos*. Colombia: Universidad de la Guajira. <https://n9.cl/2g77f>
- Vizcaíno, G., y Esparza, J. (2021). Perspectiva de los dilemas éticos relacionados con la pandemia COVID-19. *Investigación Clínica*. <https://n9.cl/psqo4>
- Wilkinson, D., Zohny, H., Andreas, K., Sinnot, Armstrong, W., y Savulescu, J. (2020). Which factors should be included in triage? An online survey of the attitudes of the UK general public to pandemic triage dilemmas. *BMJ OPEN*. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/12/e045593.full.pdf>

- Yang, L., Shasha, L., Zhang, Z., Wan, C., Huang, B., Chen, Y., y Zhang, Y. (2020). COVID-19: inmunopatogénesis e inmunoterapéutica. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. <https://www.nature.com/articles/s41392-020-00243-2>
- Yepes, M., Callejas, R., y Alvarez, J. (2021). A momento for reflectio.Ethical aspects in the pandemic SARS-CoV/COVID-19 in our clinical practise. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 28-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33162118/>
- Zelalem, D., Negussie, D, Brhanu,T, Welelta,S, Meron,Y, Damen,H, y Alem, A. (2020). Evaluation of COVID-19 related kowledge and preparedness in health professionals at select health facilities in a resource-limited setting in Addis Ababa, Ethiopia. *Plos one*. <https://europepmc.org/article/PMC/PMC7875347>