PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

DILEMAS ÉTICOS: HUMANIZACIÓN Y EQUIDAD DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO CON COVID-19 EN AMÉRICA

ETHICAL DILEMMAS: HUMANIZATION AND EQUITY DURING CARE OF CRITICAL PATIENTS WITH COVID-19 IN AMERICA

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:

PAMELA CATALINA ZAMBRANO MOREIRA
BETHSY KAROLINA ROMERO MENDOZA

Director:

Mg. JESSICA MARJORIE GARCÍA 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 DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO CON COVID-19 EN AMÉRICA

ETHICAL DILEMMAS: HUMANIZATION AND EQUITY DURING CARE OF CRITICAL PATIENTS WITH COVID-19 IN AMERICA

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables**.**

Autores:

PAMELA CATALINA ZAMBRANO MOREIRA

BETHSY KAROLINA ROMERO MENDOZA

Jessica Marjorie García Salas, Mg.
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN
Mirian 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, PAMELA CATALINA ZAMBRANO MOREIRA portadoras de la cédula de ciudadanía No. 131400998-4 y BETHSY KAROLINA ROMERO MENDOZA portadoras de la cédula de ciudadanía No. 131650033-7 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.

Firmado electrónicamente por:
PAMELA CATALINA ZAMBRANO MOREIRA

Pamela Catalina Zambrano Moreira
CI. 1314009984

Firmado electrónicamente por:
BETHSY KAROLINA ROMERO MENDOZA

Bethsy Karolina Romero Mendoza
CI. 1316500337

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 DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO CON COVID-19 EN AMÉRICA, realizado por el/la maestrante: Pamela Catalina Zambrano Moreira con cédula: No. 131400998-4 y Bethsy Karolina Romero Mendoza con cédula: No. 131650033-7, 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,



Jessica Marjorie García Salas, Mg.

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Al culminar nuestra etapa de estudio agradecemos a Dios por habernos dado salud y fuerzas durante este recorrido de aprendizajes, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo; por brindarnos un ambiente académico enriquecedor que nos permitirá desarrollar con mayor eficiencia nuestra profesión; de manera especial a la Mg. Jessica Marjorie García Salas, nuestra tutora de titulación, por haber sido nuestra guía durante todo este arduo pero gratificante viaje académico, al adquirir conocimientos en el desarrollo de la investigación.

Además, agradecemos infinitamente a nuestras familias y amigos por estar siempre a nuestro lado, animándonos y apoyándonos moralmente en cada etapa de este emocionante proceso. Su amor incondicional y su fe en nosotras fueron de gran magnitud para continuar incluso en la adversidad.

A todos los que han sido parte de este proceso, les agradecemos profundamente, sin su ayuda y apoyo este logro no habría sido posible.

Pamela Catalina Zambrano Moreira

Bethsy Karolina Romero Mendoza

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Themis Edelmira Moreira Vásquez y Luis Alfredo Zambrano Farías, cuyo aprecio y sacrificio se han convertido en inspiración, les dedico este trabajo con todo mi corazón. Por estar siempre a mi lado, por creer en mis sueños y por alentarme a alcanzarlos. Este logro es suyo.

En este momento de regocijo y gratitud, dedico este trabajo a los han contribuido en mi vida en el crecimiento personal y académico.

Pamela Catalina Zambrano Moreira

DEDICATORIA

Para el desarrollo de este trabajo agradezco a Dios por permitirme tener salud y vida para poder lograr y plasmar todos los objetivos propuestos en el transcurso de mi existencia.

A mi familia ya que no existen palabras que aborden la inmensa gratitud y confianza que han plasmada dentro de mi proceso de desarrollo y formación académica.

A mis hermanas en especial Silvania y Tatiana Romero Mendoza que han sido un ejemplo de constancia que han contribuido meritoriamente en demostrar para seguir adelante.

Y de manera muy especial a mi fiel compañera “Sasha” que siempre estuvo en compañía y será recordada por siempre en los corazones de todos quienes integramos la familia.

Bethsy Karolina Romero Mendoza

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba los sistemas de atención de salud en todo el mundo especialmente en las unidades de cuidados intensivos destacando la importancia de abordar la atención holística que necesitan los pacientes críticos, teniendo en cuenta aspectos médicos, humanos y éticos. Por tanto, el objetivo es analizar la evidencia documental que aborde los conflictos éticos, el trato humanizado y equidad que repercutieron durante la atención a pacientes con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Críticos en América. La investigación tuvo un enfoque cualitativo, de tipo revisión bibliográfica, la población del estudio estuvo constituida por un total de 250 artículos, se aplicó criterios de exclusión e inclusión la muestra fue de 122 artículos. Como resultados se evidenció conflictos éticos debido a la disparidad en la relación médico-paciente, falta de equipos de protección personal, restricción de visitas, priorización de pacientes y la necesidad de tomar decisiones difíciles. Entre los factores del principio de equidad se encontraron la edad, comorbilidades, acceso y superación de barreras lingüísticas. Las consideraciones éticas que respaldaron la toma de decisiones incluyeron: elaboración de guías basadas en evidencia, uso de protocolos, inclusión de la familia, toma de decisiones, capacitación del personal, el liderazgo comprometido, uso de algoritmos de aprendizaje y conformación de equipos multidisciplinarios. Los retos en el trato humanizado se asociaron a las dificultades en la atención centrada en el paciente, las restricciones en las visitas, la falta de comunicación y apoyo emocional, el agotamiento del personal de salud, la precariedad laboral.

Palabras clave: covid-19; equidad; ética; conflicto; humanización de la atención

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has tested healthcare systems around the world, especially in intensive care units, highlighting the importance of addressing the holistic care needed by critically ill patients, taking into account medical, human and ethical aspects. . Therefore, the objective is to analyze the documentary evidence that addresses the ethical conflicts, humanized treatment and equity that had an impact during the care of patients with COVID-19 in Critical Care Units in America. The research had a qualitative approach, bibliographic review type, the study population consisted of a total of 250 articles, exclusion and inclusion criteria were applied, the sample was 122 articles. As results, ethical conflicts were evident due to the disparity in the doctor-patient relationship, lack of personal protective equipment, restriction of visits, prioritization of patients and the need to make difficult decisions. Among the factors of the equity principle were age, comorbidities, access and overcoming language barriers. Ethical considerations that supported decision making included: development of evidence-based guidelines, use of protocols, family inclusion, decision making, staff training, committed leadership, use of learning algorithms, and formation of multidisciplinary teams. The challenges in humanized treatment were associated with difficulties in patient-centered care, restrictions on visits, lack of communication and emotional support, exhaustion of health personnel, and job insecurity.

Keywords: covid-19; equity; ethics; conflict; humanization of care

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....1

2. Revisión de la literatura.....6

3. Materiales y métodos 16

4. Resultados 19

5. Conclusiones 26

6. Referencias bibliográficas 28

1. INTRODUCCIÓN

El brote de COVID-19 ocasionado por el agente infeccioso SARS-CoV-2 es causante de una patología respiratoria que surgió en el año 2019. Hasta la actualidad, no se ha encontrado un tratamiento efectivo para esta enfermedad y se diseminó a nivel mundial, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró como una pandemia (Cajías et at., 2022).

Dentro de este marco, la propagación de la enfermedad se dio de manera rápida, generando la congestión de todos los niveles de atención sanitaria, debido a la insuficiencia de recursos (Ñique et al., 2020). A raíz de esta crisis sanitaria, la ética, la humanización y la equidad fueron aspectos fundamentales en la atención prestada a individuos enfermos con el SARS-CoV-2.

A este respecto, Grasselli et al. (2021) sostuvieron que la ética en la asistencia a los pacientes COVID-19 implica asegurar que la autonomía de los usuarios sea respetada, así como su capacidad para tomar decisiones. Para ello, se deben proporcionar todas las opciones posibles y brindar la información necesaria que permita a los pacientes ser partícipes en la resolución de decisiones relacionadas con su bienestar.

Bajo este contexto, el personal de salud debió desarrollar una comunicación clara, brindar apoyo emocional y aliviar el sufrimiento de los individuos, adaptando el cuidado a sus requerimientos. De esta manera, una atención humanizada fue esencial para garantizar el trato digno, empático y compasivo, ya que el estar en servicios críticos puede generar miedo, ansiedad y estrés tanto en los pacientes como en sus familias (Vázquez y Vera, 2021).

Por su parte, la equidad en la atención implicó asegurar que los pacientes críticos con COVID-19 tengan acceso igualitario a los servicios médicos necesarios. Es fundamental evitar cualquier forma de discriminación y garantizar que la asignación de recursos sea justa y transparente, basada en criterios éticos (Guillón et al., 2021).

1.1. Antecedentes

En Estados Unidos, Butler et al. (2023) realizaron el estudio “Experiencias de médicos estadounidenses contra la escasez de recursos sanitarios durante el COVID-19” cuyo objetivo fue describir las experiencias de los médicos ante la extrema limitación de recursos. Esta investigación cualitativa basada en entrevistas incluyó como población a 23 médicos con

resultados que demostraron las dificultades en la toma de decisiones para la asignación de recursos escasos. Además, los médicos reflejaron dilemas éticos al proporcionar tratamientos que consideraban inútiles. Esto permitió concluir que los médicos estuvieron en la difícil posición de tener que asignar recursos escasos y adaptar la atención.

Parra et at. (2022), en su estudio efectuado en México "Percepción del desempeño ético, socioemocional y académico de médicos de primera línea en la pandemia por COVID-19" con el objetivo de analizar la percepción de los médicos sobre su desempeño académico, ético y socioemocional, realizaron una investigación cualitativa mediante entrevistas a 27 profesionales. Los hallazgos evidenciaron que la toma de decisiones difíciles influyó en la ética profesional, puesto que los médicos reportaron que la conducta a seguir no siempre fue clara. Concluyendo la importancia de mejorar la formación médica respecto a la competencia en la toma de decisiones.

En Brasil, Soares y Da Silva (2021) en el artículo "Actitud ética y profesional en la lucha contra el COVID-19" expusieron un estudio con el objetivo de investigar si el comportamiento de los profesionales de la salud al atender a los pacientes COVID-19 es adecuado y ético. La investigación fue descriptiva-cuantitativa, incluyendo 20 trabajadores sanitarios y reportó que el 95% tenía conciencia ética al proporcionar cuidados. Se concluyó que los profesionales estaban preparados para brindar una atención éticamente correcta con apoyo emocional y trato humano.

En Perú, Rivero et at. (2023) desarrollaron una investigación denominada "Desafíos éticos en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19 desde la perspectiva de enfermeras peruanas" con el objetivo de describir los desafíos éticos en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio con una población de 15 enfermeras con resultados que demostraron la dificultad para brindar trato humanizado por la demanda de pacientes y la sobrecarga laboral. Se concluyeron como principales desafíos éticos el temor al contagio y la insuficiencia de insumos.

En Ecuador, González y Buenaño (2022) publicaron el artículo "Vivencias de enfermeros ante la muerte de pacientes COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador" que tuvo como objetivo analizar las vivencias de enfermeros ante la muerte de los pacientes con COVID-19. El estudio fue cualitativo, fenomenológico con una población de 10 profesionales, reportando lo siguiente; el miedo al

contagio representó un reto para el trato humanizado y la atención de calidad. Se concluyó que el personal enfermero experimentó sentimientos negativos durante la pandemia que afectaron su desempeño profesional.

1.2. Delimitación del problema

Se expresan los principales puntos que delimitaron la investigación de la problemática previamente planteada:

- **Delimitación espacial:** Se revisó estudios realizados en el continente americano.
- **Delimitación temporal:** Se realizó el estudio desde julio 2023 hasta marzo 2024.
- **Delimitación del universo de estudio:** Artículos originales que abordaron los dilemas éticos en pacientes con COVID-19 ingresados en las Unidades de Cuidados Críticos.
- **Delimitación del contenido:** El estudio se centró en analizar los dilemas éticos que surgieron durante el cuidado de usuarios críticos con COVID-19, así como la humanización y equidad brindada.

1.3. Formulación y sistematización del problema

Con la finalidad de aportar a la problemática revisada se establecen las siguientes preguntas de investigación.

1.3.1. Formulación del problema.

- ¿Hubo conflictos éticos, trato humanizado y equidad durante la atención a pacientes con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Críticos en América?

1.3.2. Sistematización del problema. Preguntas específicas.

- ¿Qué conflictos éticos se suscitaron en las unidades críticas durante la atención del paciente diagnosticado con COVID-19?
- ¿Qué factores sobre el principio de equidad se tomaron en cuenta en la atención al paciente con diagnóstico de COVID-19 ingresado en la Unidad de Cuidados Críticos?

- ¿Cuáles fueron las consideraciones éticas que respaldaron la toma de decisiones en la atención al paciente crítico con COVID-19?

- ¿Qué retos se presentaron en el trato humanizado durante la atención a pacientes críticos con COVID-19?

1.4. Justificación de la investigación

Lara et al. (2019) manifestaron que el deber del profesional de salud es respetar los derechos de los pacientes aplicando principios éticos, no obstante, las emergencias y crisis sanitarias provocaron presión sobre las unidades que en muchos casos no cuentan con recursos y capacidad para atender a los usuarios.

La pandemia afectó en mayor magnitud a países con sistemas de salud decadentes, debido a que existe una mayor demanda en referencia a los recursos existentes y es por ello que se presentan los conflictos éticos. En el personal de salud, estos conflictos se marcaron tanto a nivel personal como en los usuarios, por la dificultad ética de decidir qué pacientes deberían ser priorizados sobre otros (Vizcaíno y Esparza, 2020).

Es por ello, fue esencial conocer sobre estos temas para garantizar un cuidado óptimo y ético en situaciones desafiantes como la pandemia. El indagar sobre los conflictos éticos permitirá desarrollar directrices en la toma de decisiones, garantizando la equidad y transparencia del cuidado. En cuanto a la humanización del cuidado en las UCI, ayudará a identificar intervenciones para la mejora comunicativa, facilitar el contacto con seres queridos y mitigar el impacto psicológico en los pacientes y familiares. Esto es esencial para garantizar que los usuarios, indistintamente de su etnia, situación económica o geográfica, tengan iguales oportunidades de atención.

Así también, todos estos aspectos permitirán comprender mejor las necesidades del personal de salud, desarrollar estrategias de apoyo y fortalecer el trabajo en equipo, contribuyendo a una atención más ética. Por tanto, investigar los aspectos éticos y humanos ayudará a desarrollar planes de preparación para futuras crisis de salud, asegurando que se aborden los desafíos éticos de manera proactiva y se priorice la humanización y la equidad en el cuidado. Por lo expuesto, se genera el siguiente objetivo de investigación.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general.

Analizar la evidencia documental que aborde los conflictos éticos, el trato humanizado y equidad que repercutieron durante la atención a pacientes con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Críticos en América.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Ética

Es un campo de conocimiento que abarca cuestiones morales y de conducta que deben seguir los individuos en el ámbito social y profesional. En este sentido, la ética permite estudiar reflexivamente los valores y principios que rigen el comportamiento humano, así como las decisiones y acciones que se consideran correctas o incorrectas desde un punto de vista moral (Ramos y López, 2019).

De acuerdo con Inguillay et al. (2020) la ética como ciencia normativa, regula y se aplica en todos los quehaceres del convivir, incluyendo la familia, por lo tanto, en ella se incluye la ciencia, educación, cultura, economía, religión y la política, y busca la promoción del bien y la justicia para todos los seres en general. En síntesis, la ética constituye una normativa que busca establecer principios y valores universales para orientar el comportamiento humano y lograr la realización del bien común con respeto y dignidad.

2.2. Ética en salud

Según Paredes et al. (2020) la ética en la salud es una normativa que se encarga de analizar y reflexionar un conjunto de valores y principios que debe cumplir el personal sanitario con respecto a su comportamiento y las más adecuadas decisiones que se sujetan en dicho terreno de la atención médica. Para Robert et al. (2020) se enfoca en la conexión entre el personal de enfermería y los profesionales sanitarios, y busca promover la consideración a la dignidad, autonomía y bienestar del usuario.

Entre los valores y principios que se consideran fundamentales en la ética en la salud se encuentran la honestidad, la integridad, la justicia, la beneficencia y no maleficencia, así como la confidencialidad y la consideración a la toma de decisiones del usuario. Se aplica en numerosas situaciones, como en la detección de una enfermedad, terapias, atención de los usuarios, la investigación médica, el reemplazo de órganos, el final de la vida y la atención a pacientes terminales (Lai et al., 2020).

La ética en la salud es indispensable ya que fomenta la calidad y el bienestar de la asistencia médica, y se considera un elemento clave para fomentar la confianza y la vinculación del respeto entre el paciente y el personal sanitario.

2.2.1. Principios éticos en salud.

Los principios éticos en la salud son un conjunto de valores fundamentales que guían el comportamiento del personal sanitario y su relación con el enfermo. Estos principios son primordiales para proteger la autonomía, dignidad y bienestar de las personas, y son universales en su aplicación en todo el mundo. En resumen, los principios éticos en la salud son esenciales para sostener la integridad y la eficacia de la práctica médica, y asegurar que se garanticen los derechos y necesidades de los enfermos en todo momento (Pinho et al., 2022).

El alcance de los principios éticos en la salud radica en que son importantes para garantizar un cuidado sanitario eficaz y seguro para proteger el bienestar y la dignidad de los usuarios. De este modo, el actuar bajo los principios éticos logrará la confianza y el respeto de los usuarios hospitalizados, lo que a su vez obtendrá resultados progresivos en la salud y promover el confort general de la sociedad (Matheny et al., 2020).

2.2.1.1. Integridad.

La integridad se refiere a la honestidad y la coherencia moral de una persona. En el contexto profesional, significa el accionar ético y honesto en todo momento, incluso en situaciones difíciles o desafiantes. Los profesionales que actúan con integridad se guían por principios éticos sólidos y mantienen altos estándares de honestidad y coherencia en su conducta (Kang et al., 2020).

2.2.1.2. Rendición de cuentas.

La responsabilidad que tienen los individuos o las organizaciones de responder por sus acciones y decisiones. En el contexto profesional, la rendición de cuentas se refiere al cumplimiento de los profesionales de ser transparentes y responsables por sus decisiones y acciones, y de informar a otras personas o entidades sobre sus resultados y desempeño (Curtis et al., 2020).

2.2.1.3. Independencia e imparcialidad.

Trata de la competencia de los profesionales de ejercer de manera objetiva y sin prejuicios en situaciones que requieren una toma de decisiones imparcial. Los profesionales que actúan con independencia e imparcialidad se basan en hechos y datos objetivos, y evitan influencias externas que puedan afectar su juicio y decisiones (Thibodeaux et al., 2020).

2.2.1.4. Respeto de la dignidad.

El respeto a la dignidad de los usuarios implica que los trabajadores sanitarios sean responsables al tratar a todas a los pacientes hospitalizados con consideración y respeto, sin tomar en cuenta su origen, género, diferencia sexual, religión, condición física o mental, o alguna diferencia de criterio individual. Los profesionales que respetan la dignidad estiman que a los sujetos se otorguen un trato justo y equitativo, y promueven un ambiente de trabajo acogedor, en el que se perdure el trato bajo estos principios (Ndawo, 2022).

2.2.1.5. La valía.

La valía hace referencia al valor intrínseco de todos los sujetos, sin importar su origen, género, condición física o mental, orientación sexual y religión, o indistintamente a su diferencia personal. Los profesionales que respetan la valía de todos aquellos que valoran la importancia de cada individuo y fomentan la imparcialidad de oportunidades y el respeto continuo en el lugar de trabajo (Lategan et al., 2022).

2.2.1.6. La igualdad.

La igualdad se refiere al deber de los expertos de manejar a todos los sujetos de manera justa y equitativa, sin discriminación o sesgo. Los profesionales que promueven la igualdad se aseguran de que todos los individuos tengan la igualdad de oportunidades y tienen acceso a los mismos bienes y servicios, independientemente de sus diferencias personales (Maldonado et al., 2021).

2.2.1.7. La diversidad.

La diversidad se refiere a la variedad de diferencias personales que existen entre las personas, incluyendo el origen, género, orientación sexual, religión, condición física o mental, entre otros. Los profesionales que valoran la diversidad reconocen la relevancia de la atención equitativa de todas las personas en el lugar de trabajo, y promueven un ambiente de trabajo acogedor y respetuoso (Gasch et al., 2021).

2.2.1.8. La intimidad de todas las personas.

El término intimidad se refiere al derecho que poseen todas las personas de mantener su privacidad y tener control sobre el acceso a su información personal. Los profesionales que

muestran respeto hacia la intimidad de sus pacientes y colaboradores se aseguran de proteger su información personal y evitan divulgarla sin el consentimiento informado de la persona afectada (Nene, 2022).

2.2.1.9. Compromiso profesional.

El compromiso de los funcionarios sanitarios abarca la responsabilidad del personal de cumplir con estándares éticos y de calidad en la atención sanitaria, y de mantener un alto nivel de competencia y excelencia en su trabajo. Los profesionales que poseen un compromiso sólido se esfuerzan constantemente por mejorar sus habilidades y conocimientos, y se dedican a brindar un servicio médico seguro y de calidad a los usuarios. De esta manera, el compromiso profesional es fundamental para garantizar y brindar una atención sanitaria de calidad manteniendo la aceptación y acogida de los pacientes (Molina y Martínez, 2022).

2.2.1.10. La equidad.

Es un principio ético esencial que trata el cumplimiento de los funcionarios en salud con el fin de garantizar que todas lo sujetos tengan igual ingreso a la atención médica con recursos, independientemente de cualquier ideología, etnicidad, género, orientación sexual, edad, credo, discapacidad u otra cualidad indistintamente. El principio de equidad en que todos los individuos tienen derecho a la atención médica, por lo cual se debe trabajar para eliminar las barreras de desigualdad que puedan impedir que algunas personas que tenga acceso a la salud (Hincapié, 2020).

La equidad enfocada en la salud busca abordar las desigualdades y las diferencia en el paso a la atención en salud y los recursos que existen en muchas partes del mundo. Esto puede incluir la eliminación de barreras económicas, culturales y geográficas que impiden que algunas personas accedan a la atención médica, así como la promoción de políticas y prácticas que fomenten la igualdad al uso de estos recursos en salud (Elif y Oluwatoyin, 2020).

Cuando los trabajadores de salud, se rigen por el principio de equidad, la meta es brindar atención médica de calidad a todos los individuos, sin considerar su origen étnico o situación socioeconómica. Para lograr este objetivo, pueden implementar programas de salud específicos que aborden las necesidades de poblaciones marginadas o subatendidas. Asimismo, se deben instaurar normas y prácticas que fomenten la igualdad para la atención sanitaria. En definitiva,

el principio de equidad se direcciona en garantizar que todos los individuos obtengan la asistencia en salud que requieren, sin discriminación alguna (Merodio et al., 2020).

2.3. Bioética

Es una disciplina interdisciplinaria que combina filosóficamente a la ética, la ley y la ciencia para abordar cuestiones relacionadas a existencia del ser, el fallecimiento, las patologías, la salud, la tecnología y la investigación médica (Wilkins et al., 2021).

La relevancia de la bioética radica en su capacidad para proporcionar un direccionamiento ético y moral que guie en la toma de criterios en la atención en salud y biología. La bioética ayuda a los profesionales con enfoque en salud, los indagadores, los políticos y el público en general a abordar cuestiones difíciles y a tomar decisiones informadas y éticas (López y Zuleta, 2020).

2.4. Bioética en salud

La bioética en salud se concentra en la aplicación de los principios de moralidad y dimensión del cuidado en salud y el sistema sanitario. En este sentido, la bioética se ocupa de una variedad de temas importantes, como la elección de criterios médicos, la autorización informada, la privacidad y confidencialidad de los pacientes, la equidad en la atribución de recursos de salud, la investigación médica y científica. En definitiva, bioética en salud busca promover la aplicación ética, justa en la atención en salud y la investigación, para asegurar atención de calidad, promoviendo siempre mantener la dignidad de los usuarios (Tacuma y Tovar, 2021).

La importancia de la bioética se ha intensificado en el mundo actual debido a los avances tecnológicos y de investigación médica, lo que ha generado cuestiones éticas y morales complejas relacionadas con vida y atención sanitaria. La bioética se encarga de abordar temas como la eutanasia, el aborto, la reproducción asistida, la ingeniería genética, la privacidad médica, la justicia y la investigación médica en humanos (Nene, 2022).

2.4.1. Principios bioéticos en salud.

Los principios bioéticos en salud están constituidos por los valores fundamentales que regularizan el accionar del personal y su relación con los usuarios (Bellver, 2020). Estos

principios incluyen la autonomía del paciente, el principio de no causar daño, actuar para el bienestar del paciente y la justicia e imparcialidad en la disposición de recursos de sanitarios.

Cada principio bioético se utiliza para abordar diferentes aspectos de la atención médica y promover una cultura de responsabilidad y ética al tomar decisiones en la atención sanitaria (Camargo, 2020).

2.4.1.1. Justicia.

Es el deber del personal sanitario al asignar los recursos de forma imparcial, y de garantizar la igualdad en el acceso a los servicios médicos. Los profesionales sanitarios que actúan conforme al principio de justicia se aseguran de que las decisiones que toman sean imparciales y estén basadas en criterios objetivos, y de que se eviten discriminaciones y prejuicios (Laurentino, 2020).

2.4.1.2. Autonomía.

Permite a los usuarios decidir después de recibir la respectiva información de las acciones a realizar para la mejoría de su salud. El personal sanitario que respeta dicho principio se asegura de que a los usuarios se les brinde toda la información de las opciones de tratamientos y que se les permita aceptar o no dichos procedimientos (Arrieta, 2023).

2.4.1.3. Beneficencia.

Es el deber del personal sanitario procurar el bien a los usuarios. Los personales de salud que respetan el principio de beneficencia se aseguran de que las intervenciones médicas sean seguras y efectivas, y de que se realicen acciones que disminuyan los peligros relacionados con los procedimientos médicos (López y Zuleta, 2020).

2.4.1.4. No maleficencia.

En la bioética, el principio de no maleficencia establece que el personal sanitario tiene obligación de evitar dañar a los usuarios y de abstenerse de realizar intervenciones médicas que sean innecesarias o dañinas. Al respetar este principio, los profesionales garantizan la seguridad y eficacia de los tratamientos, evitando así la realización de procedimientos médicos que puedan causar daño a los pacientes de manera innecesaria. El principio de no maleficencia busca proteger bienestar y salud de los usuarios, asegurando que los profesionales de la salud

cumplan con su deber de evitar causar daño y de tratar a sus pacientes con la máxima diligencia y cuidado (Pedraza, 2021).

En conjunto, estos principios bioéticos en salud son fundamentales para respaldar una asistencia de salud con calidad y seguridad. El personal sanitario que actúan de acuerdo con principios éticos, puede mejorar los resultados de salud y promover el bienestar general de la sociedad.

2.5. Cuidado humanizado

El cuidado humanizado se refiere a una práctica de atención sanitaria, asegurando el bienestar corporal, emocional y social del usuario. El cuidado humanizado se sustenta en la creencia de que cada paciente es irrepetible y merece ser tratado con dignidad, compasión y respeto (Malepe et al., 2022).

Los profesionales sanitarios que practican la asistencia humanizada se dedican a conocer a sus pacientes y sus necesidades individuales, y trabajan para crear un ambiente de atención médica seguro y acogedor que fomente la curación y el bienestar. Esto implica brindar una atención personalizada y centrada en el paciente, considerando sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas. Además, se busca establecer una comunicación adecuada y empática hacia los usuarios, para que se sientan escuchados y comprendidos. En resumen, la atención humanizada busca ofrecer un cuidado de calidad, fundamentado en el respeto, la empatía y la sensibilidad hacia las necesidades individuales de cada paciente (Cruz, 2020).

2.6. Dilemas éticos

Son evento en las que hay una elección difícil entre dos o más opciones, cada una de las cuales tiene implicaciones éticas importantes. Pueden surgir en cualquier ámbito de la vida, pero son particularmente comunes en el ámbito sanitario, al momento que el personal constantemente debe decidir en situaciones complejas para el bien del paciente (Falcó et al., 2021).

De acuerdo con Álvarez et al. (2022) los dilemas éticos pueden surgir en muchas áreas de la atención médica, y se deben abordar de manera cuidadosa y reflexiva con la finalidad de asegurar un cuidado sanitario ético y eficaz. En el abordaje de los dilemas éticos, se deben

priorizar los valores y principios éticos relevantes, seguir pautas éticas y legales establecidas y consultar con otros profesionales de la sanitarios

2.6.1. Dilemas éticos en el cuidado de la salud.

En el contexto sanitario, los problemas éticos son situaciones en las que los funcionarios de la salud luchan con decisiones difíciles que involucran cuestiones de ética médica. Estos dilemas pueden surgir en cualquier etapa del proceso de atención médica, desde la indagación y el avance de tratamientos médicos hasta la atención sanitaria y el cuidado terminales (Tarrio y Sánchez, 2020).

Para enfrentar los dilemas éticos en salud, es imperativo que los profesionales sanitarios reciban una sólida formación en ética y se comprometan a actuar siempre de manera ética y responsable. Además, contar con comités de ética en hospitales y centros de atención médica puede resultar de gran ayuda para abordar estos dilemas y brindar orientación y apoyo a los profesionales que enfrentan decisiones difíciles (Elif y Oluwatoyin, 2020).

2.6.1.1. Conflictos entre dos principios.

Los principios éticos en el cuidado de la salud ocurren cuando surgen dilemas entre varios principios éticos y no se pueden seguir ambos al mismo tiempo. Por ejemplo, en una situación en la que un paciente desea recibir un tratamiento médico que puede ser potencialmente perjudicial para el, con el principio de autonomía de usuario puede involucrarse de manera contradictoria con el principio de no producir daño, que determinan que los profesionales sanitarios deben evitar la producción de daño. En tales casos, es necesario que se evalúen las circunstancias específicas de cada caso y se tome una decisión informada sobre cuál de los principios éticos es más importante (Gupta et al., 2020).

2.6.1.2. Desacuerdos entre dos acciones respaldadas por argumentos a favor y en contra.

Estos conflictos ocurren cuando dos o más opciones de tratamiento tienen ventajas y desventajas que deben ser consideradas previo a tomar una determinación. Por ejemplo, en una situación en la que un paciente necesita ser sometido a una cirugía, pero tiene un alto riesgo de complicaciones debido a su edad, se debe considerar si los riesgos de la cirugía superan los beneficios potenciales. En tales casos, es importante que se discutan las opciones con el

paciente y que se tomen decisiones informadas basadas en una valoración meticulosa de desventajas y ventajas de cada opción (Brito et al., 2022).

2.6.1.3. Conflicto de evidencias.

El conflicto de evidencias en el cuidado sanitario ocurre cuando la evidencia disponible es insuficiente, contradictoria o poco clara. Por ejemplo, en una situación en la que hay una controversia sobre si un tratamiento médico en particular es efectivo para una cierta condición, puede ser difícil tomar una decisión informada sobre si utilizar ese tratamiento en un paciente en particular. En tales casos, puede ser necesario buscar una opinión experta o realizar más investigaciones antes de tomar una decisión informada (Martín, 2022).

2.6.1.4. Desacuerdo entre la ética personal y la responsabilidad de la función profesional.

Manifiestan Wahyuni et al. (2022) que este dilema dentro del cuidado de la salud se manifiesta cuando las creencias personales de un profesional de la salud entran en conflicto con su responsabilidad profesional de actuar de manera ética y responsable. Por ejemplo, un profesional de la salud que se opone a ciertas prácticas médicas por razones religiosas puede tener dificultades para cumplir con su obligación de proporcionar atención médica imparcial y basada en evidencia. En tales casos, es fundamental que el profesional busque orientación y apoyo para manejar el conflicto y cumplir con sus responsabilidades éticas y profesionales.

2.6.1.5. Conflictos entre la ética y la ley.

En el cuidado sanitario ocurre cuando las leyes y regulaciones en un área particular entran en conflicto con los principios éticos. Por ejemplo, en una situación en la que la ley exige que se informe a las autoridades sobre ciertas condiciones médicas, pero el paciente desea que se mantenga la confidencialidad, puede haber un conflicto entre la autonomía del usuario y el deber legal de informar a las autoridades. En tales casos, es importante que se tomen decisiones informadas y que se busque la asesoría legal y ética necesaria para manejar la situación (Montoya, 2020).

2.6.1.6. Responsabilidad en la resolución de conflictos.

La responsabilidad en resolución de dilemas en el cuidado de la salud recae en los profesionales de los sanitarios, quienes deben tomar decisiones informadas y éticas en

situaciones difíciles. Es indispensable que los profesionales sanitarios estén capacitados en ética médica y que tengan acceso a recursos y orientación para ayudar a manejar los conflictos éticos. Además, es relevante la promoción de un entorno ético y responsable en el cuidado, para que el personal de salud se sienta apoyado y capacitado para enfrentar situaciones difíciles (Michelini, 2019).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

3.1.1. Enfoque de la investigación.

El presente estudio se realizó con enfoque cualitativo porque permitió un análisis exhaustivo basado en la extracción de la información de diversos artículos científicos concernientes a la temática que fueron propuesto investigar, lo cual dio a conocer de una manera más amplia el fenómeno propuesto de nuestro estudio.

La investigación cualitativa requiere del reconocimiento de una infinidad de contextos para sostener las distintas perspectivas de los objetivos que se requiere investigar con ello no es suficiente la utilización de una sola estrategia, sino que es necesario la articulación de algunos instrumentos que favorezcan o limiten aquel propósito en referencia (Piza et al., 2019).

3.1.2. Diseño de la investigación.

La investigación fue de diseño no experimental transversal, ya que la información recolectada no fue manipulada y se obtuvo durante los meses de julio 2023 a marzo 2024.

Según Arispe et al. (2020) refieren que el diseño no experimental se basa en que los fenómenos de ese estudio son observados de acuerdo a su origen mas no manipulados, esto permite un análisis posterior sin dificultades.

Así también, la investigación transversal, es aquella que se da mediante la recolección de información en un momento establecido con el fin de describir las variables y poder ser analizadas dado a su comportamiento (Manterola et al., 2023).

3.1.3. Tipo de la investigación.

La investigación realizada fue de tipo revisión bibliográfica, descriptiva sobre el tema de estudio. Según Esquirol et al. (2017) mencionan que la revisión bibliográfica es una indagación completa y recolección de información referente, continuando con la elección y lectura crítica de todos los documentos necesarios.

Como señalan Hernández et al. (2014) la investigación descriptiva está orientada al objetivo de conocer y definir aquellas situaciones de actitudes y costumbres predominantes

mediante el detalle puntualizado que caracterizan las actividades, objetos y procesos de un grupo específico de población.

3.2. Población y muestra

La población está formada por un grupo finito o infinito de un universo que cumplen con ciertas particularidades del estudio a investigar (Arispe et al., 2020). Por lo tanto, la población del estudio estuvo constituida por un total de 250 artículos y por medio del muestreo no probabilístico aplicando criterios de exclusión e inclusión la muestra fue de 122 artículos.

Según Mucha et al. (2021) refieren que la muestra es un segmento o porción de la población que representa las características que queremos analizar como arte del conjunto del universo en estudio.

El muestreo no probabilístico no está sujeto a la probabilidad, sino que este se dará por las causas que se relacionan mediante las particularidades de la investigación u la intención del investigador que se proponga (Hernández et al., 2014).

3.2.1. Criterios de inclusión.

- Artículos originales vinculados al tema de estudio.
- Estudios disponibles en español, inglés y portugués.
- Artículos publicados en los últimos cinco años.

3.2.2. Criterios de exclusión.

- Artículos de revisión bibliográfica, artículos de opiniones, textos literarios y cartas editoriales.
- Trabajos de investigación tipo tesis de maestrías, especialidades y doctorados

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo a través de las bases de datos tales como: DIALNET, SCOPUS, SCIELO, SCIENCE DIRECT, PUBMED, RESEARCHGATE, LATINDEX, REALDYC, MPDI. Las palabras claves que guiaron en la indagación son: ética, conflicto, humanización de la atención, equidad, COVID-19, así también los buscadores

booleanos AND, OR, “ética AND equidad”, “conflictos AND ética”, “humanización AND atención AND COVID-19”,” equidad AND COVID-19”, “equidad OR ética”, “conflictos OR equidad”.

Posteriormente, la información de los artículos encontrados se almacenó en una matriz de Excel, misma que sirvió como instrumento para sintetizar y conservar ordenadamente los documentos válidos, en dicha matriz se guardaron datos como el autor/es, año, título de publicación, traducción de título al español, objetivo, resultados, datos relevantes del estudio, enlace, referencia bibliográfica y la base de datos de donde fue encontrado el estudio.

Según Ríos (2017) la habilidad de recolección de datos es la manera que el investigador extraerá la información necesaria para efectuar la misma. Además, la recogida de datos en los estudios de carácter cualitativo se va dando conforme avanza la investigación y son los autores que determinarán la búsqueda de manera no lineal (Hernández et al., 2014).

El instrumento dentro de la investigación científica forma parte de los fundamentos conceptuales que ayudaran dentro de las estrategias de investigación como parte indispensablemente para la técnica de recopilación de datos (Ñaupas et al., 2018).

3.4. Técnicas de análisis de datos

En el análisis de los datos se usó el método inductivo mediante la lectura crítica de la información, generando nuevas perspectivas frente al tema de investigación.

Según Abreu (2014) refiere el método inductivo parte del razonamiento desde manera específica a general, fomentando la identificación y comprensión de diversas teorías, perspectivas, revelando aspectos novedosos.

La lectura crítica ayuda a entender los contenidos descritos de los documentos que se estará interpretando, lo que permite reconocer ideas generales, fortalezas y debilidades, desde la perspectiva del lector **(**Cobos, 2016).

4. RESULTADOS

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

Según el estudio de Morley et al. (2022) mencionaron que durante la pandemia los médicos limitaban el contacto con los pacientes, debido al riesgo de exposición al virus; sin embargo, el personal de enfermería mantenía constante contacto con ellos, evidenciando disparidad en la relación médico-paciente. Asimismo, Trachtenberg et al. (2023) refirieron que los enfermeros eran los únicos proveedores sanitarios que trabajaban en el contacto físico directo con los pacientes, mientras que los médicos frecuentemente atendían fuera de las habitaciones para proteger su salud.

Además, Rosen et al. (2022) evidenciaron que la disminución de la cantidad de los trabajadores se dio por el esfuerzo de reducir la utilización de equipos de protección personal (EPP). En este contexto, Espín (2020) reportó que la falta de la entrega adecuada de los EPP desempeñó un papel crucial en la seguridad de la salud del personal sanitario, lo cual afectó no solo a nivel emocional, sino que también, influyó en la calidad de cuidado brindada.

Según Mello et al. (2023) identificaron que los trabajadores de salud no contaban con los elementos adecuados para brindar la asistencia a los pacientes en los servicios críticos, por lo que pensaron en negarse a brindar asistencia; no obstante, sintieron la obligación ética de tratar a los pacientes considerando el riesgo. Por su parte, Gray et al. (2021) argumentaron que los enfermeros/as sentían el deber de cuidar a los pacientes a pesar de la inseguridad, ocasionado por la falta de insumos para su protección. Igualmente, Brown (2020) declaró que hubo una gran escasez de recursos médicos, ocasionando que los profesionales de salud tuvieran que decidir entre brindar ayuda a los pacientes o velar por su propia seguridad. Por el contrario, Abal (2021) expuso que en muchas ocasiones, los profesionales de salud adquirieron por sus propios medios los EPP con la finalidad de brindar atención sanitaria, precautelando en mayor medida su salud.

En este sentido, Erler et al. (2023) manifestaron que el riesgo de transmisión del virus obligó al personal de salud a restringir las visitas de los familiares a las unidades críticas, ocasionando la incomunicación entre el equipo de asistencia y los familiares, generando desconfianza. Algo semejante ocurre con, Eddleman et al. (2023) quienes mencionaron que los

problemas de comunicación entre los profesionales – familiares provocó inconsistencia en el plan de tratamiento, dando falsas esperanzas.

Así también, Robert et al. (2020) refirieron que durante la pandemia fue necesario restringir las visitas de los familiares debido a la alta transmisibilidad del virus. A diferencia de González et al. (2020) indicaron que como medida para evitar los efectos colaterales de las restricciones y alejamiento se empleó el uso de dispositivos tecnológicos con el fin que los familiares pudieran interactuar con el paciente.

Mientras que, Vranas et al. (2021) expresaron que brindar atención de alta calidad y oportuna en la pandemia era un desafío casi insuperable, dada a la escasez de personal y la alta demanda de pacientes críticos. Asimismo, Cadge et al. (2021) sostuvieron que el constante incremento de pacientes infectados en la UCI ocasionó una sobrecarga laboral, lo que impidió brindar una atención individualizada.

De la misma forma, Castaño et al. (2024) señalaron que la falta de cuidado oportuno, el acompañamiento y la dignificación al final de la vida se debió a la alta demanda de pacientes en estado crucial. Los resultados encontrados son parecidos a los de Gómez y Sánchez (2022) quienes indicaron que durante el pico de la enfermedad se generó una atención despersonalizada, por el exceso de trabajo y la escasez de profesionales capacitados.

Swavely et al. (2022) acotaron que la alta demanda de pacientes con el virus ocasionó que el personal sanitario priorizara la atención hacia los pacientes infectados, dejando a un lado a enfermos críticos sin dicho diagnóstico. Similarmente, Ditwiler et al. (2021) reportaron que en el área de UCI clasificaban a los pacientes por el exceso de casos diarios a través de sugerencia de dirección, prevaleciendo la atención de ellos sobre los pacientes que no tenían la enfermedad.

De igual forma, Vizcaíno y Esparza (2020) consideraron que debido a la pandemia se brindó una atención enfocada a la optimización de la cantidad de vidas salvadas o años de vida preservados, lo que implicó la priorización del cuidado a la población más joven, restringiendo de la atención a individuos con patologías graves. Asimismo, Béjar y Castro (2021) refirieron que la elección de alternativas para asignar atención en la UCI dio como resultado situaciones de cuestionamiento, poniendo márgenes de selección y filtros unos por encima de otros para determinar a quién y por qué debería recibir atención priorizada.

4.2. Factores en relación al principio de equidad considerados en la atención al paciente con diagnóstico de COVID-19 ingresado en la unidad de cuidados críticos

Tripodoro et al. (2021) manifestaron que durante la pandemia los recursos médicos, la disponibilidad de camas, ventiladores y personal sanitario fueron limitados, lo que conllevó a que los profesionales de salud replantearan procesos para asignar recursos escasos de manera igualitaria. Asimismo, Roy et al. (2021) señalaron que los profesionales sanitarios empleaban la puntuación SOFA para ofrecer recursos limitados en los servicios críticos. En cambio, Gandhi et al. (2021) describieron la elaboración de protocolos como medida estratégica para la asignación de recursos durante la propagación del virus.

Paredes et al. (2020) expusieron que las autoridades sanitarias velaron por el acceso igualitario a los recursos médicos de los individuos, considerando estrategias para asignar camas, ventiladores y personal asistencial según las necesidades de cada paciente en la UCI. No obstante, según Linares (2022) la crisis sanitaria impidió la asignación justa y equitativa de suministros, ya que en muchas ocasiones las situaciones sociales y económicas fueron factores determinantes para su acceso.

Así también, Santos et al. (2020) reportaron el uso del sistema de Kaplan-Meier para establecer el nivel de supervivencia de los pacientes que ingresaban a UCI con el fin de priorizar la atención sobre los grupos más vulnerables. Además, Ross et al. (2021) y Gómez y Sánchez (2022) indicaron que los profesionales médicos evaluaban las condiciones subyacentes de los pacientes como estrategia para asignar cuidados críticos priorizados, disminuyendo el índice de mortalidad. De igual forma, Butler et al. (2022) y Da Silva et al. (2022) evidenciaron que los pacientes fueron clasificados según su nivel de gravedad, considerando sus comorbilidades como determinante a la hora de brindar atención sanitaria.

White y Lo (2020) expresaron que los profesionales de salud estuvieron expuestos a situaciones complejas sobre, quién debería recibir atención y aquellos que no, basándose en la necesidad médica y supervivencia del individuo. Es por ello que, la priorización de la atención sanitaria se dio en mayor medida a los pacientes jóvenes sobre los adultos mayores, considerando el factor costo-beneficio (Sherlock et al., 2019).

De modo similar, Arévalo et al. (2020) destacaron que los pacientes con mayor acceso a atención eran los que tenían seguros o asistencia médica privada. Por otra parte, Camargo

(2021) comentó que la situación demográfica en algunos casos facilitó el acceso sanitario para pacientes que tenían mayor cercanía a una institución de salud.

Por otra parte, Shostak et al. (2021) adujeron que superar la barrera del idioma fue una parte importante de las experiencias de los profesionales sanitarios que atendían a los pacientes diagnosticados, para lo cual emplearon servicios de interpretación y traducción lingüística. Sin embargo, Álvarez et al. (2021) consideraron que las barreras lingüísticas representaron un obstáculo en la comunicación entre el personal sanitario, los pacientes-familiares, dificultando el proceso de atención y la toma de decisiones sobre el plan de tratamiento. En cambio, Yang et al. (2023) mencionaron que aprovecharon al personal bilingüe que laboraba en sus hospitales para aumentar la accesibilidad de la atención médica y de esta manera mejorar la comunicación con pacientes y familias que tenían un dominio limitado del idioma inglés durante la pandemia. No obstante, según el estudio de Herzberg et al. (2022) los servicios de interpretación y traducción existentes no pudieron satisfacer las necesidades lingüísticas para la comunicación pacientes-familiares, debido al creciente número de casos dados en las salas de servicios críticos.

4.3. Consideraciones éticas que respaldaron a la toma de decisiones en la atención al paciente crítico con COVID-19

Según Cantú et al. (2023) declararon que la pandemia provocó la elaboración de guías bioéticas con recomendaciones encaminadas en la toma de decisiones en la asistencia a pacientes con el virus. Al igual que, Maya et al. (2021) y Troncoso et al. (2021) manifestaron que durante la pandemia se elaboraron guías y protocolos basados en la evidencia científica disponible, considerando la variabilidad sintomatológica, los ensayos clínicos realizados y la presencia de nuevas variantes, lo que fue crucial para poder fundamentar la toma de decisiones.

Además, Martín et al. (2020) expresaron que la utilización de protocolos para el manejo de los usuarios infectados en UCI mejoró la toma de decisiones y permitió tratar a cada individuo de manera adecuada. Asimismo, Béjar y Castro (2021) refirieron que durante la pandemia los pacientes afectados con el virus necesitaban asistencia especializada, por lo que fue conveniente implementar guías emergentes para el ingreso y su atención.

Por lo contrario, Azad et al. (2021) mencionaron la inclusión de la familia en la toma de decisiones, particularmente aquellas sobre el final de la vida de los pacientes críticamente enfermos. De igual manera, Hochendoner et al. (2022) señalaron que se dotó a los familiares

de los EPP y se realizaron videoconferencias para mantener una comunicación constante entre el equipo médico y la familia de los pacientes con el propósito de mejorar el proceso de toma de decisiones.

Además, Hart et al. (2020) plantearon que durante la infección fue necesario restringir la presencia física de las familias, sin embargo, en respuesta, los sistemas de salud adaptaron rápidamente procedimientos y herramientas centrados en ellos para eludir las restricciones ya mencionadas, aplicando soluciones basadas en Internet que permitieron facilitar la comunicación rutinaria con el objetivo de incluirlos en la toma de decisiones.

Igualmente, Westphal y Ramos (2020) expusieron que durante la pandemia se fomentó la toma de juicios compartidas con la finalidad de involucrar a los pacientes-familiares en las decisiones relacionadas con la atención clínica, posibilitando el respeto y la independencia de los pacientes garantizando una atención coherente, puesto que el equipo médico comunicó los beneficios o la posibilidad de riesgos asociados con cualquier intervención, asegurando la comprensión en la toma de decisiones sobre el plan de tratamiento.

Por otro lado, Wahlster et al. (2021) indicaron que la guía a la toma de decisiones de los proveedores de atención en los cuidados críticos, se realizaron mediante reuniones de capacitación dirigidas hacia el personal con el objetivo de direccionar su accionar ético y profesional en la atención a los pacientes infectados. En semejanza, Socolovithc et al. (2020) y Bethel et al. (2022) argumentaron que el personal de salud fue capacitado para tomar decisiones relevantes en relación al manejo procedimientos especializados.

Bajo este contexto, Castejón et al. (2019) consideraron que para la reducción de la encarnación terapéutica se procedió a la capacitación consecutiva en relación con temas de prácticas y conductas clínicas al personal sanitario y demás involucrados que mantenían una conexión constante con los pacientes críticos con el fin de ofrecer un mayor bienestar. Sin embargo, Rueda et al. (2020) enfatizaron que durante la propagación de la enfermedad los profesionales sanitarios se enfrentaron a la difícil tarea de tomar decisiones sin herramientas indispensables, exponiéndolos, de manera negativa a ser categorizados como arbitrarios e injustos por el hecho de decidir entre la vida y la muerte.

Desde otra perspectiva, Silver et al. (2023) quienes alegaron la implementación de estilos de liderazgo comprometidos, promoviendo la integración de nuevas prácticas de cuidados críticos, basadas en la evidencia con el fin de garantizar la mejoría de los pacientes

infectados y contribuir en la reducción de la mortalidad. Del mismo modo, Zheng et al. (2021) sostuvieron que la conformación de equipos de profesionales sanitarios para la elaboración de algoritmos de aprendizaje ayudó a la toma de decisiones, gestión y manejo continuo del cuidado de los pacientes críticamente enfermos dadas en la UCI.

En la misma línea, Traylor et al. (2021) destacaron que durante el pico de la enfermedad se estructuraron equipos de salud conformados por médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios y farmacéuticos que tenían por finalidad recopilar información basada en evidencia que permitiera direccionar la asistencia sanitaria dirigida a los pacientes infectados en los servicios críticos.

4.4. Retos presentados en el trato humanizado durante la atención a pacientes críticos con COVID-19

Según Fernández et al. (2021) manifestaron que el cuidado centrado en el usuario fue un enfoque clave en la asistencia humanizada durante la infección, esto conllevó a reconocer y responder a las necesidades individuales de cada paciente, considerando sus valores, preferencias y metas de atención. Por consiguiente, Pacheco y Saavedra (2022) refirieron que durante la pandemia fue indispensable que el equipo de atención sanitaria brindara atención centrada en el paciente mediante la comunicación con el mismo y su familia, brindando apoyo emocional, cuidado espiritual según las creencias de los usuarios y sus seres queridos.

Asimismo, Taniguchi et al. (2022) expresaron que durante la infección fue un reto brindar una atención enfocada en el paciente, puesto que la mayoría de ellos no podían participar activamente en su propio tratamiento en estrecha colaboración con los profesionales sanitarios, debido a su condición crítica de salud. También, el aislamiento absoluto por el alto número de contagios limitó las reuniones familiares, lo que generó sensaciones de deshumanización en los pacientes que se sentían alejados y desconectados del mundo exterior (Carrera y Cedeño, 2021). De igual manera, Moya et al., (2022) mencionaron que la comunicación entre los profesionales-familiares se interrumpió, debido a las restricciones de visitas, lo que impidió la empatía a final de la vida.

Igualmente, Franco et al. (2021) reportaron que las restricciones en las visitas dificultaron la comunicación entre familiares, pacientes y personal sanitario obstaculizando el apoyo emocional, el trato amable, el contacto físico, causando una intensa zozobra en el paciente crítico.

Por otra parte, Quille y Chipantiza (2023) expusieron que el vínculo de comunicación entre el personal de salud y paciente estuvo centrado principalmente, en los resultados del régimen terapéutico, particularmente por la complejidad en el manejo del virus, dejando a un lado los aspectos emocionales del cuidado. Es por ello que, los pacientes tuvieron un impacto mental o psíquico por la naturaleza de la enfermedad, sin embargo, la complejidad del tratamiento y las complicaciones generadas impidieron que el personal de salud prestara atención a estos aspectos del cuidado. (Machado et al., 2022)

Sin embargo, Peñafiel et al. (2021) señalaron que en el afrontamiento a la crisis sanitaria los profesionales de salud con más años de experiencia de servicio se preocuparon por brindar cuidados psicológicos, emocionales y espirituales a los pacientes ingresados en la UCI, proporcionando un cuidado humano.

En otro orden de ideas, Blanco et al. (2021) sustentaron que la fatiga física y emocional del personal de enfermería, debido a la carga laboral y las jornadas extensas de trabajo, afectaron su capacidad para brindar cuidados humanizados. No obstante, Vieira et al. (2022) revelaron que los profesionales sanitarios aplicaron técnicas para fortalecer su salud mental ante la creciente carga laboral y jornadas extenuantes de trabajo, lo que permitió garantizar una respuesta positiva ante las adversidades, disminuyendo así la aparición de agotamiento laboral y mejorando significativamente calidad de servicios de salud brindados.

Además, Vergara y Moreno, (2022) consideraron que las circunstancias que menoscabaron un trato humanizado fueron el abarrotamiento de pacientes, el exceso de trabajo, la falta de personal y el ingreso de profesionales pocos experimentados. La inestabilidad laboral de los profesionales de salud y los convenios de trabajos precarios incrementaron situaciones de tensión entre el personal sanitario, afectando negativamente el cuidado (Rojas et al., 2021). De la misma manera, Rivero et al. (2023) describieron que los profesionales sanitarios consideraron que habían abandonado el trato humanizado en las instituciones de atención, debido a situaciones relacionadas con la precariedad e inestabilidad laboral, las diversidades salariales y la exposición a riesgos en la ejecución de sus actividades.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que hubo conflictos éticos en las Unidades de Cuidados Intensivos durante la atención al paciente con COVID-19 mediante datos que se corroboran por la presencia de la disparidad en la atención médico – paciente y la disminución de dotación de recursos ejercieron un papel decisivo en la calidad del cuidado brindado ya que debían determinar priorizar su seguridad frente al deber de brindar atención sanitaria, la alta demanda de casos y la falta de profesionales capacitados conllevó a enfrentarse a situaciones difíciles de dotar información y proveer de elementos que provocó cuestionamientos de selección lo que determinó los motivos urgentes pese a las necesidades para ser acreedores a un ingreso a la atención especializada.

Entre los factores relacionados con el principio de equidad no se evidenció una asignación justa e igualitaria de suministros debido a que se dieron procesos de categorización donde se limitó la dotación de recursos valiéndose en criterios tales como el acceso oportuno a la atención privada, barreras lingüísticas o geográficas, la edad, las comorbilidades del usuario y las necesidades de cada uno en función a tablas de puntuación que permitieron la toma de decisiones sesgadas en términos de costos y beneficios generando un menor índice de cuidado oportuno en las unidades especializadas.

Las consideraciones éticas que respaldaron en la toma de decisiones en la atención al paciente crítico se basaron mediante el uso de guías y protocolos de acuerdo a la evidencia científica existente, en conjunto con las capacitaciones continuas para la creación de algoritmos de asistencia focalizada permitieron fundamentar los criterios de elección y el trato a cada individuo adecuadamente considerando los juicios compartidos con los seres queridos en relación a los riesgos y beneficios a los tratamientos a ejecutar mediante la comunicación activa con el fin de dirigir adecuadamente el accionar ético en las prácticas y conductas clínicas en la asistencia sanitaria.

Los retos que impidieron el trato humanizado al paciente con COVID-19 fue la limitada comunicación entre los profesionales, usuarios y familiares debido a la condición crítica de salud no podían ser partícipe activamente en respuestas a los tratamientos, la restricción del contacto directo y la conexión se centró primordialmente a la terapéutica del paciente más no a la sensibilización de los procesos hasta el final de la vida aunque la inestabilidad laboral,

sobre carga laboral y la exposición a riesgos constantes afectó negativamente la calidad de los servicios.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abal, F. (2021). Asignar y reasignar: dos criterios diferentes para distribuir recursos terapéuticos escasos. *Análisis Filosófico*, *41*(1), 37–65. https://doi.org/10.36446/AF.2021.355

Abreu, J. (2014). El método de investigación. *Daena: International Journal of Good Conscience*, *9*(3), 195–204. http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9%283%29195-204.pdf

Álvarez, A., Riaño, J., López., J. y Gomezese, O. (2022). Principios éticos y dilemas en el discurso de los profesionales de la salud involucrados en los cuidados al final de la vida basados en el documento de Directrices Avanzadas. *Revista Colombina de Anestesiología*, *51* (1), 1-11. https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/1046

Álvarez, S., Tolson, T., Knight, A., Presny, S., Cruz, D., Aloe, S., Contreras, J., Dzamko, N., Moore, A., Stewart, I., Golden, S. & Page, K. (2021). Juntos: A Model for Language Congruent Care to Better Serve Spanish-Speaking Patients with COVID-19. *Health Equity*, *5*(1), 833. https://doi.org/10.1089/HEQ.2020.0124

Arévalo, J., Gómez, A., Pinto, B., León, N., Castillo, A. y Trillo, C. (2020). Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2 Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes. *Acta Medica Colombiana*, *45*(3), 47–54. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482020000300047&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Arispe, C., Yangali, J., Guerrero, M., Lozada, D., Acuña, L. y Arellano, C. (2020). La investigación científica. *Universidad Internacional Del Ecuador*. https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.pdf

Arrieta, I. (2023). Más allá de la toma de decisiones: Una visión contextual y multidimensional de la autonomía del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, *38*(5), 315–320. https://doi.org/10.1016/J.JHQR.2022.11.002

Azad, T., Al, M., Turnbull, A. & Rivera, L. (2021). Coronavirus Disease 2019 Policy Restricting Family Presence May Have Delayed End-of-Life Decisions for Critically Ill Patients. *Critical Care Medicine*, *49*(10), 1037–1039. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005044

Béjar, E. y Castro, Y. (2021). Los dilemas médicos que se suscitan ante la insuficiencia de camas de UCI por el coronavirus desde una perspectiva biojurídica. *Revista Oficial Del Poder Judicial*, *13*(15), 357–380. https://revistas.pj.gob.pe/revista/index.php/ropj/article/view/400

Bellver, V. (2020). Bioética, derechos humanos y covid-19. *Cuadernos de Bioética*, *31*(102), 167–182. https://doi.org/10.30444/CB.60

Bethel, C., Rainbow, J. & Johnson, K. (2022). A qualitative descriptive study of the COVID-19 pandemic: Impacts on nursing care delivery in the critical care work system. *Applied Ergonomics*, *102*(1), 103712. https://doi.org/10.1016/J.APERGO.2022.103712

Blanco, M., Tortajada, M., Rodríguez, Z., Puente, M., Méndez, C. y Fernández, J. (2021). Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enfermería Global*, *20*(4), 26–60. https://revistas.um.es/eglobal/article/view/479441

Brito, L., Lemos, R. & Rego, S. (2022). Solidariedade, cidadania e justiça social: percepções de atores sociais sobre as respostas públicas à COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, *27*(11), 4117–4124. https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.19062021

Brown, M. (2020). Allocating Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine*, *382*(22), e79. https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2009666

Butler, C., Webster, L., Sakata, V., Tonelli, M., Diekema, D., & Gray, M. (2022). Functionality of Scarce Healthcare Resource Triage Teams During the COVID-19 Pandemic: A Multi-Institutional Simulation Study. *Critical Care Explorations*, *e0627*(4), 1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8785932/

Butler, C., Wightman, A., Taylor, J., Hick, J. & O'Hare, A. (2023). Experiences of US Clinicians Contending With Health Care Resource Scarcity During the COVID-19 Pandemic, December 2020 to December 2021. *JAMA Network Open*, *6*(6), e2318810.

https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2023.18810

Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S., Grone, K., Kacmarek, R., Lux, L., Matthews, C., McAuley, M., Romain, F., Snydeman, C., Tehan, T. & Robinson, E. (2021). Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, *29*(7), 1965–1973. https://doi.org/10.1111/JONM.13353

Cajías, M., Grunauer, R. y Cajías, G. (2022). COVID – 19: Panorámica Actual y la *Participación Comunitaria. Identidad Bolivariana*, *6*(1), 32–41. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8377991

Camargo, R. (2021). 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*, *21*(3), 212–220. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726220301026?via%3Dihub

Cantú, G., Aguiñaga, N., López, M. y Magaña, G. (2023). Aplicación de la justicia distributiva en la asignación de recursos en medicina crítica en la pandemia de COVID-19. *Medicina Crítica*, *37*(5), 419–425. https://doi.org/10.35366/113052

Carrera, J. y Cedeño, M. (2021). Impacto Emocional en Pacientes Aislados de sus Familias. *Polo Del Conocimiento*, *6*(11), 1126–1147. https://doi.org/10.23857/pc.v6i11.3318

Castaño, M., Granero, J., Fernández, A., Fernández, I., Ventura, M. & Jiménez, M. (2024). "Who Takes Care of Carers?": Experiences of Intensive Care Unit Nurses in the Acute Phase of the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, *12*(2), 162. https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12020162

Castejón, O., Hernández, H., Núñez, R. y Bush, S. (2019). Dilemas éticos en la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y paros cardiorrespiratorios. *Rev. Med. Hondur.*, *87*(1), 33–37. http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2019/pdf/Vol87-1-2019-9.pdf

Cobos, H. (2016). Lectura crítica de investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, *5*(18), 115–120. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572016000200115

Cruz, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *9*(1), 21–32. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100021

Curtis, J., Kross, E. & Stapleton, R. (2020). The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*, *323*(18), 1771–1772. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763952

Da Silva, J., Lopes, V., Machado, S., Trierweiler, C., Cardoso, E. & Janotti, L. (2022). Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. *Saúde Em Debate*, *46*(1), 165–180. https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VND68HxzNtMtBjX8bmG3dMH/

Ditwiler, R., Swisher, L. & Hardwick, D. (2021). Professional and Ethical Issues in United States Acute Care Physical Therapists Treating Patients With COVID-19: Stress, Walls, and Uncertainty. *Physical Therapy*, *101*(8), 122. https://doi.org/10.1093/PTJ/PZAB122

Eddleman, M., Montz, K. & Wocial, L. (2023). Moral Distress in the ICU: Measuring, Tracking, and Responding to Staff Experiences. *Nurse Leader*, *21*(3), 64–72. https://doi.org/10.1016/J.MNL.2023.01.006

Elif, P. & Oluwatoyin, M. (2022). A Theoretical Framework for Ethical Decision-Making During Public Health Emergencies. *Acta Bioethica*, *28*(1), 105–116. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2022000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Erler, K., Robinson, E., Bandini, J., Regel, E., Zwirner, M., Cremens, C., McCoy, T., Romain, F. & Courtwright, A. (2023). Clinical Ethics Consultation During the First COVID-19 Pandemic Surge at an Academic Medical Center: A Mixed Methods Analysis. *Hec Forum*, *35*(4), 1. https://doi.org/10.1007/S10730-022-09474-Y

Espín, A.(2020). Impacto psicológico devido às necessidades de biossegurança em profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. *Dominio De Las Ciencias*, *6*(5), 11–23. https://doi.org/10.23857/dc.v6i5.1576

Esquirol, J., Sánchez, J. y Dalmau, I. (2017). La revisión bibliográfica, base de la investigación. *Escuelas Universitarias Gimbernat*. https://www.researchgate.net/publication/319260924_La_revision_bibliografica_base_de_la_investigacion

Falcó, A., Zuriguel, E., Via, G., Bosch, A. & Bonetti, L. (2021). Ethical conflict during COVID-19 pandemic: the case of Spanish and Italian intensive care units. *International Nursing Review*, *68*(2), 181–188. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33615479/

Fernández, R., González, M., Fernández, E., Porcel, A. & Garnacho, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, *26*(5), 397–406. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12589

Franco, J., Mariño, H., Moran, R. y Yugcha, G. (2021). El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID 19. *Polo de Conocimiento*, *6*(8), 457–469. https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3214

Gandhi, R., Piscitello, G., Parker, W. & Michelson, K. (2021). Variation in COVID-19 Resource Allocation Protocols and Potential Implementation in the Chicago Metropolitan Area. *AJOB Empirical Bioethics*, *12*(4), 275. https://doi.org/10.1080/23294515.2021.1983667

Gasch, Á., Gregori, N., Hurtado, I., Suess, A. y Ruiz, M. (2021). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación en ciencias de la salud. *Gaceta Sanitaria*, *35*(4), 383–388. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000400014

Gómez, J. y Sánchez, L. (2022). Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en una unidad de cuidado intensivo (UCI) de Bogotá. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *22*(2), 99–111. https://www.redalyc.org/journal/1270/127075137007/127075137007.pdf

González, A., Kaufer, M., Gamba, G., Rivera, R. & Aguilar, C. (2020). Bioethics in Medical Care Rationing During the Coronavirus Disease-19 Pandemic. *Revista de Investigacion Clinica; Organo Del Hospital de Enfermedades de La Nutricion*, *73*(1), 1–5.

https://doi.org/10.24875/RIC.20000385

González, K. y Buenaño, E. (2022). Vivencias de enfermeros ante la muerte de pacientes Covid19 en la Unidad de Cuidados Intensivos de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. *CEDAMAZ*, *12*(2), 151–156. https://www.researchgate.net/publication/366723700_Vivencias_de_enfermeros_ante_la_muerte_de_pacientes_Covid19_en_la_Unidad_de_Cuidados_Intensivos_de_Santo_Domingo_de_los_Tsachilas_Ecuador

Grasselli, G., Scaravilli, V., Mangioni, D., Scudeller, L., Alagna, L., Bartoletti, M., Bellani, G., Biagioni, E., Bonfanti, P., Bottino, N., Coloretti, I., Cutuli, S., De Pascale, G., Ferlicca, D., Fior, G., Forastieri, A., Franzetti, M., Greco, M., Guzzardella, A., … Bandera, A. (2021). Hospital-Acquired Infections in Critically Ill Patients With COVID-19. *Chest*, *160*(2), 454–465. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33857475/

Gray, K., Dorney, P., Hoffman, L. & Crawford, A. (2021). Nurses' pandemic lives: A mixed-methods study of experiences during COVID-19. *Applied Nursing Research*, *60*(1), 151437. https://doi.org/10.1016/J.APNR.2021.151437

Guillón, A., Laurent, E., Duclos, A., Godillon, L., Dequin, P., Agrinier, N., Kimmoun, A. & Grammatico, L. (2021). Case fatality inequalities of critically ill COVID-19 patients according to patient-, hospital- and region-related factors: a French nationwide study. *Annals of Intensive Care*, *11*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/S13613-021-00915-4/TABLES/2

Gupta, S., Wang, W., Hayek, S., Chan, L., Mathews, K., Melamed, M., Brenner, S., Leonberg, A., Schenck, E., Radbel, J., Reiser, J., Bansal, A., Srivastava, A., Zhou, Y., Finkel, D., Green, A., Mallappallil, M., Faugno, A., Zhang, J., … Ugwuowo, U. (2020). Association Between Early Treatment With Tocilizumab and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, *181*(1), 41–51. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2772185

Hart, J., Turnbull, A., Oppenheim, I. & Courtright, K. (2020). Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(2), 93–97. https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2020.04.017

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (Sexta edición). *Mc Graw*. https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

Herzberg, E., Barrero, A. & Matute, J. (2022). The healing power of language: caring for patients with limited english proficiency and COVID-19. *Pediatric Research*, *91*(3), 526–528. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8010487/

Hincapié, J. (2020). COVID-19 y la relación médico-paciente. *Revista CONAMED*, *25*(1), 55–60. https://doi.org/10.35366/97349

Hochendoner, S., Amass, T., Curtis, J., Witt, P., Weng, X., Toyobo, O., Lipnick, D., Armstrong, P., Cruse, M., Rea, O. & Van, L. (2022). Voices from the Pandemic: A Qualitative Study of Family Experiences and Suggestions regarding the Care of Critically Ill Patients. *Annals of the American Thoracic Society*, *19*(4), 614–624. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8996268/

Inguillay, L., Tercero, S. y López, J. (2020). Ética en la investigación científica. *Revista Imaginario Social*, *3*(1), 3–4. https://www.revista-imaginariosocial.com/index.php/es/article/view/10

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C. & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*(1), 11–17. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482?via%3Dihub

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, *3*(3), 203976–203976. https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.3976

Lara, M., Macías, T., Chávez, A. y Jimbo, L. (2019). Criterios éticos para la atención médica en sala de urgencias del Hospital Rodríguez Zambrano. *Dominio de Las Ciencias*, *5*(4),

42–60. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7152613

Lategan, L., Van, G. & Kruger, W. (2022). What is public health ethics for the geriatric community? *Health SA Gesondheid*, *27*(1), 8. https://doi.org/10.4102/HSAG.V27I0.1824

Laurentino, I. (2020). Igualdad, equidad y justicia en la salud a la luz de la bioética. *Revista Bioética*, *28*(2), 229–238. https://doi.org/10.1590/1983-80422020282384

Linares, J. (2022). La controversia bioética sobre el triaje durante la pandemia de la COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*, *1*(56), 163–182. https://doi.org/10.1344/RBD2022.56.38674

López, L. y Zuleta, G. (2020). El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum. Revista de Las Ciencias Del Espíritu*, *62*(174), 7–7. https://doi.org/10.21500/01201468.4884

Machado, A., Cardona, O., Campaña, E., Reyes, R. y Galano, Y. (2022). Capacitación en un área de salud para el enfrentamiento a la COVID-19. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, *26*(2), E5359. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000200010&lng=es&tlng=es

Maldonado, F., Solís, B., Brenis, A. y Cupe, W. (2021). La ética profesional del docente universitario en el proceso de enseñanza y aprendizaje. *ReHuSo*, *6*(3), 166–181. https://zenodo.org/records/5513005

Malepe, T., Havenga, Y., & Mabusela, P. (2022). Barriers to family-centred care of hospitalised children at a hospital in Gauteng. *Health SA*, *27*(1), 1–10. https://doi.org/10.4102/HSAG.V27I0.1786

Manterola, C., Hernández, M., Otzen, T., Espinosa, M., y Grande, L. (2023). Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. *International Journal of Morphology*, *41*(1), 146-155. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022023000100146

Martín, C., Gómez, E. y Morlans, M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la

limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Espanola De Medicina Legal*, *46*(3), 119. https://doi.org/10.1016/J.REML.2020.05.004

Martín, M. (2022). COVID-19: A family's perspective. COVID-19 Pandemic. *Lessons from the Frontline*, *1*(1), 41-51. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-82860-4.00017-3

Matheny, A., Gibb, T., McGuire, A., Wolpe, P., Wynia, M., Applewhite, M., Caplan, A., Diekema, D., Hester, D., Lehmann, L., McLeod, R., Schiff, T., Tabor, H., Wieten, S. & Eberl, J. (2020). Ventilator triage policies during the COVID-19 pandemic at U.S. hospitals associated with members of the Association of Bioethics program directors. *Annals of Internal Medicine*, *173*(3), 188–194. https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1738

Maya, C., Flores, F., Vértiz, J., Ruelas, M., Verástegui, O. y Saturno, P. (2021). Barreras y facilitadores en la implementación de guías de práctica clínica en México: perspectiva del personal de salud. *Salud Pública de México*, *63*(5), 662–671. https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12439

Mello, Y., Devos, E., Gutierres, E., Baade, G., Silva, R. & Farias, L. (2023). Ethical issues experienced by nurses during covid-19: relationship with moral distress. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *32*(1), e20230072. https://www.scielo.br/j/tce/a/sVrHNycThs9s4rW6BpF5KQK/

Merodio, G., Ramis, M., Valero, D. & Aubert, A. (2020). How Much Is One Life Worth? The Right to Equity Healthcare for Improving Older Patients' Health Infected by COVID-19. *Sustainability*, *12*(17), 6848. https://doi.org/10.3390/SU12176848

Michelini, D. (2019). Conflictos de valores y conflictos de intereses. La comprensión de la conflictividad en el pensamiento de Julio De Zan. *Tópicos*, *37*(1), 78–93. https://www.redalyc.org/journal/288/28862306006/html/

Molina, J. & Martínez, E. (2022). Sentido Comunitario de la Coherencia en asentamientos informales: aprendizajes y reflexiones desde Medellín (Colombia). *Hacia La Promoción de La Salud*, *27*(1), 52–66. https://doi.org/10.17151/HPSAL.2022.27.1.5

Montoya, R. (2020). Bioética, derecho a la salud y virtudes judiciales: dilemas e interrogantes

giratorias sobre el covid-19. *Revista Derecho y Salud*, *4*(5), 95–109. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7678187

Morley, G., Copley, D., Field, R., Zelinsky, M. y Albert, N. (2022). Responder: A qualitative study of ethical issues faced by critical care nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, *30*(7), 2403–2415. https://doi.org/10.1111/JONM.13792

Moya, C., Castro, R., Tovar, D. & Púa, M. (2022). Analysis of experiences about Covid-19 in the Latin American context through grounded theory. *Cultura y Religión*, *16*(2), 217–243. https://doi.org/10.4067/S0718-47272022000200217

Mucha, L., Chamorro, R., Oseda, M. y Alania, R. (2021). Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. *Revista Científica de Ciencias Sociales y Humanidades*, *12*(1), 44–51. http://revistas.udh.edu.pe/index.php/udh/article/view/253e/189

Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (Ed.). (2018). *Metodología de la investigacion cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. .Ediciones de La U.

Ndawo, G. (2022). Nurse educators' experiences regarding management practices at a nursing education institution. *Health SA Gesondheid*, *27*(1), 10. https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/1935

Nene, S. (2022). Nurse managers' leadership roles in mining primary healthcare settings in Gauteng. *Health SA Gesondheid*, *27*(1), 6. https://doi.org/10.4102/HSAG.V27I0.1693

Ñique, C., Cervera, M., Díaz, R. y Domínguez, C. (2020). Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista Médica Herediana*, *31*(4), 255–265. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000400255

Pacheco, P. y Saavedra, M. (2022). La comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2021. *ACC CIETNA: Revista de La Escuela de Enfermería*, *9*(1), 93–107. https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/730

Paredes, M., Pesse, K. y Barros, X. (2020). Ética de la Salud Pública: propuesta sobre los principios fundamentales que guían las responsabilidades éticas del estado en el contexto pandemia COVID-19. *Revista Médica de Chile*, *148*(10), 1481–1488. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001481

Parra, H., Pizarro, N. y González, E. (2022). Percepción del desempeño ético, socioemocional y académico de médicos de primera línea en la pandemia por COVID-19. *IE Revista de Investigación Educativa de La REDIECH*, *13*(1), e1467. https://www.redalyc.org/journal/5216/521670731020/html/

Pedraza, M. (2021). Perspectivas Bioéticas frente a la Noción de Obligatoriedad de la Vacuna para SARS-CoV-2. *Universitas Medica*, *62*(4), 78–92. https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/33092

Peñafiel, J., Ramírez, A., Mesa, I. y Martínez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *40*(3), 1–14. https://doi.org/10.5281/zenodo.5035609

Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A. & Figueiredo, M. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, *5*(2), 9–19. https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/182

Piza, N., Amaiquema, F. y Beltrán, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado*, *15*(70), 455–459. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1990-86442019000500455&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Quille, D. y Chipantiza, M. (2023). Percepción de los familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos sobre la atención recibida. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *4*(1), 13–23. https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/220

Ramos, G. y López, A. (2019). Formación ética del profesional y ética profesional del docente. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, *45*(3), 185–199.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052019000300185

Ríos, R. (2017). Metodología para la investigación y redacción Primera edición. *Servicios Académicos Intercontinentales S.L*. https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/1662.pdf

Rivero, A., Díaz, R. y Cervera, M. (2023). Desafíos éticos en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19 desde la perspectiva de enfermeras peruanas. *Revista Cubana de Enfermería*, *39*(1), 1–15. https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5854

Robert, R., Kentish, N., Boyer, A., Laurent, A., Azoulay, E. & Reignier, J. (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of Intensive Care*, *10*(1), 1–9. https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-020-00702-7

Rojas, G., López, M., Forero, C. y García, L. (2021). Cuidar al paciente con COVID-19: entre la incertidumbre y el deseo de salir adelante. *Rev. Colomb. Enferm*, *20*(2), 35. https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/3291

Rosen, A., Carter, D., Applebaum, J., Southern, W., Brodie, D., Schwartz, J., Cornelius, T., Shelton, R., Yip, N., Pincus, H., Hwang, C., Cooke, J. & Adelman, J. (2022). Critical Care Clinicians' Experiences of Patient Safety During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Patient Safety*, *18*(8), 1219–1225. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9696681/

Ross, K., Esper, G., Kinlaw, K., Lee, Y., Morris, A., Murphy, D., Pentz, R., Robichaux, C., Vong, G., Wack, K. & Dickert, N. (2021). Evaluating Approaches to Improve Equity in Critical Care Resource Allocation in the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *204*(12), 1481–1484. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34624203/

Roy, S., Showstark, M., Tolchin, B., Kashyap, N., Bonito, J., Salazar, M., Herbst, J., Nash, K., Tiako, M., Jubanyik, K., Kim, N., Galusha, D., Wang, K. & Oladele, C. (2021). The potential impact of triage protocols on racial disparities in clinical outcomes among COVID-positive patients in a large academic healthcare system. *PloS One*, *16*(9),

e2567. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34529684/

Rueda, E., Caballero, A., Bernal, D., Torregrosa, L., Suárez, E., Gempeler, F. y Badoui, N. (2020). Pautas éticas para la asignación de recursos sanitarios escasos en el marco de la pandemia por COVID-19 en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, *35*(2), 281–289. https://doi.org/10.30944/20117582.653

Santos, M., Lucena, E., Lima, K., Brito, A., Bay, M. & Bonfada, D. (2020). Survival and predictors of deaths of patients hospitalized due to COVID-19 from a retrospective and multicenter cohort study in Brazil. *Epidemiologia e Infección*, *1*(1), 1–3. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.07.20125047v1

Sherlock, P., Kalache, A., Kirkwood, T., McKee, M. & Prince, M. (2019). WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *The Lancet*, *394*(10215), 2152–2153. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32522-X

Shostak, S., Bandini, J., Cadge, W., Donahue, V., Lewis, M., Grone, K., Trachtenberg, S., Kacmarek, R., Lux, L., Matthews, C., McAuley, M., Romain, F., Snydeman, C., Tehan, T. & Robinson, E. (2021). Encountering the social determinants of health on a COVID-19 ICU: Frontline providers' perspectives on inequality in a time of pandemic. *SSM - Qualitative Research in Health*, *1*(1), e10000. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667321521000019

Silver, S., Redmond, S., Jones, K., George, E., Zornes, S., Barwise, A., Leppin, A., Dong, Y., Harmon, L., Kumar, V., Kordik, C., Drainoni, M. & Walkey, A. (2023). A multisite exploration of the association between critical care implementation factors and clinical outcomes during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical and Translational Science*, *7*(1), 72–73. https://doi.org/10.1017/CTS.2023.22

Soares, A. & Da Silva, M. (2021). Postura ética e profissional no enfrentamento ao covid-19 no município de belém do são francisco: impactos para o paciente diagnosticado. Revista Multidisciplinar Do Sertão, 3(4), 545–555. https://revistamultisertao.com.br/index.php/revista/article/view/385

Socolovithc, R., Fumis, R., Tomazini, B., Pastore, L., Galas, F., Pontes, L. & Costa, E. (2020). Epidemiology, outcomes, and the use of intensive care unit resources of critically ill

patients diagnosed with COVID-19 in Sao Paulo, Brazil: A cohort study. *PloS One*, *15*(12), e2432. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33270741/

Swavely, D., Romig, B., Weissinger, G., Holtz, H., Alderfer, M., Lynn, L., Adil, T. & Rushton, C. (2022). The Impact of Traumatic Stress, Resilience, and Threats to Core Values on Nurses During a Pandemic. *The Journal of Nursing Administration*, *52*(10), 535. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001194

Tacuma, C. y Tovar, B. (2021). La relación entre Bioética y Salud Pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *21*(2), 143–156. http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v21n2/2462-859X-rlb-21-02-143.pdf

Tarrio, B. y Sánchez, B. (2020). Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Medicina de Familia. Semergen*, *46*(1), 26-34. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003

Taniguchi, L., Avelino, T., Dias, M., Jacob, W. & Aliberti, M. (2022). Patient-Centered Outcomes Following COVID-19: Frailty and Disability Transitions in Critical Care Survivors. *Critical Care Medicine*, *50*(6), 955. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005488

Thibodeaux, K., Speyrer, M., Raza, A., Yaakov, R. & Serena, T. (2020). Hyperbaric oxygen therapy in preventing mechanical ventilation in COVID-19 patients: a retrospective case series. *Journal of Wound Care*, *29*(1), 4–8. https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2020.29.Sup5a.S4

Trachtenberg, S., Tehan, T., Shostak, S., Snydeman, C., Lewis, M., Romain, F., Cadge, W., McAuley, M., Matthews, C., Lux, L., Kacmarek, R., Grone, K., Donahue, V., Bandini, J. & Robinson, E. (2023). Experiences of moral distress in a COVID-19 intensive care unit: A qualitative study of nurses and respiratory therapists in the United States. *Nursing Inquiry*, *30*(1), e12500. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9350338/

Traylor, A., Tannenbaum, S., Thomas, E. & Salas, E. (2021). Helping Healthcare Teams Save Lives During COVID-19: Insights and Countermeasures from Team Science. *The American Psychologist*, *76*(1), 13. https://doi.org/10.1037/AMP0000750

Tripodoro, V., Jacob, G. & Bonilla, P. (2021). Percepciones del impacto de la pandemia de Covid-19 en los profesionales de la salud en Latinoamérica. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*, *1*(14), 122–147. https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/4696

Troncoso, R., Garfinkel, E., Leon, D., Lopez, S., Lin, A., Jones, D., Trautman, S., Levy, M. & Margolis, A. (2021). Decision Making and Interventions During Interfacility Transport of High-Acuity Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. *Air Medical Journal*, *40*(4), 220–224. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8020076/

Vázquez, J. y Vera, M. (2022). Atención humanizada en la pandemia del COVID-19, según la perspectiva de docentes y estudiantes de enfermería, año 2021. *AcademicDisclosure*, *5*(1), 3–16. https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/3074

Vergara, J. & Moreno, V. (2022). Síndrome de Burnout, en el personal médico del Hospital General Riobamba (IESS) que laboró en la pandemia por Covid 19. *Dominio de Las Ciencias*, *8*(2), 1698–1720. https://doi.org/10.23857/DC.V8I2.2813

Vieira, L., Machado, W., Dal Pai, D., Magnago, T., Azzolin, K. & Tavares, J. (2022). Burnout y resiliencia en profesionales de enfermería de cuidados intensivos ante el COVID-19: estudio multicéntrico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *30*(1), e3537. https://www.scielo.br/j/rlae/a/K9wJD9NSCKr9bbQm9cBj8vF/?format=pdf&lang=es

Vizcaíno, G. y Esparza, J. (2020). Perspectiva de los dilemas éticos relacionados con la pandemia COVID-19. *Investigación Clínica*, *61*(4), 393–405. https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/investigacion/article/view/35280

Vranas, K., Golden, S., Mathews, K., Schutz, A., Valley, T., Duggal, A., Seitz, K., Chang, S., Nugent, S., Slatore, C., Sullivan, D. & Hough, C. (2021). The Influence of the COVID-19 Pandemic on ICU Organization, Care Processes, and Frontline Clinician Experiences: A Qualitative Study. *Chest*, *160*(5), 1714–1728. https://doi.org/10.1016/J.CHEST.2021.05.041

Wahlster, S., Sharma, M., Lewis, A., Patel, P., Hartog, C., Jannotta, G., Blissitt, P., Kross, E., Kassebaum, N., Greer, D., Curtis, J. & Creutzfeldt, C. (2021). The Coronavirus Disease

2019 Pandemic's Effect on Critical Care Resources and Health-Care Providers: A Global Survey. *Chest*, *159*(2), 619–633. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7484703/

Wahyuni, W., Shihab, S., Talib, S., Mutlak, D., Hussein, R. & Dwijendra, N. (2022). Evaluation of the role of Islamic values in improvement of spiritual health among Iraqi Muslims. *HTS Teologiese Studies*, *78*(1), 7. https://hts.org.za/index.php/hts/article/view/7832

Westphal, G. & Ramos, J. (2020). Shared decision-making in the context of COVID-19. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *32*(2), 202. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200034

White, D. & Lo, B. (2020). A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, *323*(18), 1773–1774. https://doi.org/10.1001/JAMA.2020.5046

Wilkins, C., Friedman, E., Churchwell, A., Slayton, J., Jones, P., Pulley, J. & Kripalani, S. (2021). A Systems Approach to Addressing Covid-19 Health Inequities. *NEJM Catalyst*, *2*(1), 1–5. https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0374#:~:text=28-,A Systems Approach to Health Equity,data trends in real time.

Yang, C., Prokop, L. & Barwise, A. (2023). Strategies Used by Healthcare Systems to Communicate with Hospitalized Patients and Families with Limited English Proficiency During the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *25*(6), 9. https://doi.org/10.1007/S10903-023-01453-W

Zheng, H., Zhu, J., Xie, W. & Zhong, J. (2021). Reinforcement learning assisted oxygen therapy for COVID-19 patients under intensive care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *21*(1), 350. https://doi.org/10.1186/S12911-021-01712-6