

Ética y bioética en Medicina

Ethics and Bioethics in Medicine

Oscar David Rubio Bermeo*

© <https://orcid.org/0000-0002-7356-6131>

Sandra González González**

© <https://orcid.org/0000-0002-4696-7423>

Resumen

Introducción: La bioética en la medicina nace para regular la moralidad en la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre en relación a la vida, la experimentación médica, la aplicación de los cuidados médicos, en los momentos de triage vital como en las pandemias u accidentes, y el proceso que lleva al final de la vida con atención en salud. **Objetivo:** Describir algunos aspectos de la historia de la bioética que han sido estudiados e implementados en la medicina. **Desarrollo:** La definición de los cuatro pilares de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, sumados a su visión principialista, hace reevaluar día a día las diferentes teorías y preguntas iniciales por y para lo que fue creada. La bioética se desarrolla, crece aceleradamente en circunstancias adversas como las actuales de la

*Fundación Cardiovascular de Colombia. Bogotá, Colombia.

✉ dr.oscarrubio@gmail.com / contacto@droscarrubio.com

** Complejo Medico Hospital Internacional. Bogotá, Colombia.

✉ sandragonzalez.g01@gmail.com / contacto@drasandragonzalez.com

Cita este capítulo

Rubio Bermeo, O. D. y González González, S. (2020). Ética y bioética en Medicina. En: Bermeo de Rubio, M. y Pardo Herrera, I. (eds. científicas). *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud*. (pp. 129-155). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

pandemia mundial por la infección por COVID-19 y sus implicaciones a futuro en las guías gubernamentales de salud.

Conclusiones: La bioética es un desarrollo de la capacidad humana para regular la moral en la atención médica integral, a fin de evitar nuevas violaciones a la autonomía y la dignidad del paciente, así como crea una luz en medio de la oscuridad en tiempos de decisiones difíciles como la distribución y justicia en los servicios de salud en medio de la pandemia.

Palabras clave: bioética en medicina, autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, pandemia.

Abstract

Introduction: Bioethics in medicine was born to regulate morality in making rational decisions in conditions of uncertainty in relation to life, medical experimentation, the application of medical care, in moments of vital triage as in pandemics and the process that leads to the end of life with health care. **Objective:** Describe the history of Bioethics, as well as its implementation and study in medicine. **Development:** The definition of the four pillars of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, added to its principlist vision, makes us re-evaluate the different theories and initial questions for which it was created every day. Growing rapidly in adverse circumstances such as the current global pandemic due to COVID-19 infection and its future implications in government health guidelines. **Conclusions:** Bioethics is a development of the human capacity to regulate morality in comprehensive medical care, to avoid new violations of autonomy and dignity, as well as creates a light in the midst of darkness in times of difficult decisions such as distribution and justice in health services in the midst of the pandemic.

Keywords: Bioethics in medicine, autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, pandemic.

Introducción

*Es más importante saber qué tipo de persona
tiene una enfermedad que saber qué tipo de
enfermedad tiene una persona*

Hipócrates

La medicina es una profesión que se ha desarrollado lentamente durante cientos de años. Los primeros reportes están descritos en las civilizaciones Egipcia y Oriental. Inicialmente la medicina evolucionó en dos direcciones, una medicina tecnológica, típica de la cultura Egipcia, y otra vía con una aproximación filosófica y social, la Griega, donde se profundizó en la ética en la profesión médica (*Medical. The journals of gerontology*, 2017).

Hipócrates enseñó los secretos de una ciencia médica que no incluía tecnología, sino solo ideas, principios y “aforismos”. Lejos del “ruido” que contamina la vida en las ciudades y hospitales, hay una gran necesidad de repasar las cosas que se hacen todos los días en los centros de salud, de reflexionar sobre los pacientes que acuden al sistema de salud con deseos de ser tratados, pero sobre todo con la esperanza de que puedan recuperarse de enfermedades y trastornos que afectan al cuerpo y, en particular, a la mente.

El artículo 2, Capítulo 2, del Código de Ética Médica (Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de 1981) (Molina Arrubla, 1989) establece explícitamente que un médico debe prestar el juramento profesional. Sin embargo, muchos médicos nunca lo han leído detenidamente ni han reflexionado sobre los puntos individuales y sobre cuál debería ser su actitud diaria hacia colegas y pacientes. Por ello, se hace imperativo volver a presentarlo y leerlo con atención para comprender plenamente, que la profesión médica tiene su origen en algo especial que va más allá de las diferencias culturales y las opiniones que han caracterizado el pensamiento de la humanidad.

Juramento Hipocrático (Serpa Flórez, 1991)

Consciente de la importancia y solemnidad de este acto y del compromiso que asumo sobre mí mismo, juro:

- Practicar la medicina con libertad e independencia de criterio y comportamiento evitando cualquier influencia indebida;
- Perseguir la defensa de la vida, la protección de la salud física y mental del hombre y el alivio del sufrimiento; toda mi actividad profesional se desarrollará con responsabilidad y constante compromiso científico, cultural y social;
- Tratar a cada paciente con igual cuidado y compromiso, independientemente de su origen étnico, religión, nacionalidad, condición social e ideología política, promoviendo la eliminación de todas las formas de discriminación en la atención médica;
- Nunca cometer actos que puedan causar deliberadamente la muerte de una persona;
- Abstenerse de realizar cualquier futilidad diagnóstica y terapéutica;
- Promover la alianza terapéutica con mis pacientes, basado en la confianza y la información mutua, respetando los principios que inspiran el arte médico;
- Adherirme a los principios éticos de la solidaridad humana contra los cuales nunca utilizaré mis conocimientos de acuerdo con mi respeto por la persona y la vida humanas;
- Poner mis conocimientos a disposición para progresar en el campo de la medicina;
- Comprometer mi reputación profesional exclusivamente con mis habilidades y mis cualidades morales;
- Evitar, incluso fuera de mi actividad profesional, cualquier acto y conducta que atente contra el honor y la dignidad de la profesión;
- Respetar a mis colegas también en casos de opiniones encontradas;
- Respetar y facilitar el derecho del médico a elegir libremente;
- Brindar asistencia de emergencia a quienes la necesiten y estar disponible para las autoridades en caso de una calamidad pública;

- Observar el secreto profesional y proteger la confidencialidad de la información que recibo, lo que veo o he visto, entendido o comprendido en el curso de mi práctica o debido a mi cargo;
- Desarrollar mi actividad profesional, en la ciencia y en la conciencia, con diligencia y cuidado y sobre la base de consideraciones objetivas, observando las normas éticas que rigen el ejercicio de la medicina y las normas legales que no contradigan estos fines.

La bioética ha sido un faro de luz durante el diario vivir al personal médico, siendo una herramienta filosófica traída a la práctica para determinar la mejor forma de actuar y pensar, así como la guía para hacer estudios clínicos y determinar medidas de gobierno y salud pública. Más en estos momentos de incertidumbre y necesidades nunca antes vistas, estando sobrepasadas las capacidades de atención médica por la pandemia, ocasionada por la infección del SARS-CoV-2 y su cascada de preguntas sobre el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, temas a tratar en esta revisión.

Ahora en las modernas salas de unidades de cuidados intensivos se hace, con ayuda de la tecnología de última generación, un esfuerzo importante por evitar la muerte de los pacientes según la ley natural de proteger la vida, a veces en contra de la lógica y con un amplio apoyo “moral” y guiado por las emociones, haciendo que la sociedad espere que el personal de salud haga todo lo posible por preservar la vida, creando muchas veces conflictos bioéticos aún sin resolver...

Desarrollo

La importancia de la ética y la bioética médica en la historia humana

Los cuatro principios de la bioética –autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia– son de una gran influencia en la ética médica y son fundamentales para comprender el enfoque actual de la evaluación ética en la atención de la salud (Page, 2012).

La bioética, ha sido llamada una ética aplicada, joven aún en su desarrollo, con pocos años de evolución y crecimiento; nació como necesidad y grito de regulación sobre los actos humanos, médicos y sobre la vida humana misma.

Su nacimiento se dio en Estados Unidos como respuesta a la denuncia decretada por los medios en cuanto a la violación de la dignidad humana en los experimentos médicos realizados en la segunda mitad del siglo XX en poblaciones sin protección del Estado (Pérez, 2010). Entendiendo que ya existían precedentes en cuanto la violación de la dignidad humana en los experimentos llevados a cabo en la segunda guerra mundial por el ejército nazi. En esos momentos no había ninguna regulación en los hechos y procedimientos médicos de experimentación, basándose en normas gubernamentales e ideales políticos, más que ver al ser humano en todas sus dimensiones.

Varias fueron las condiciones que posibilitaron su aparición y desarrollo, empezando por la explosión en el conocimiento biológico, descubrimiento del ADN, la manipulación genética y su ingeniería, haciendo de extrema importancia su regulación sobre la concepción, el aborto, la eutanasia, la manipulación genética entre otros; dando herramientas a la sociedad para determinar la evolución en el desarrollo de la sociedad (Izquierdo, 2019).

La aplicación de la tecnología a la medicina ha impulsado un gran cambio en la terapéutica médica, ayudando al control de enfermedades, infecciones, control de patologías antes mortales, mejoría en la supervivencia y/o paliación de enfermedades hasta ahora incurables, mejoría en la atención médica especializada, así como la creación de protocolos eficaces en el trasplante de órganos y tejidos (Paranhos, Garrafa, Melo, 2019). Haciendo necesario un orden en su aplicación y vinculando la moral y la ética al actuar médico, incluyendo también la visión integrativa del ser humano, y entendiendo que no solo es suministrar medicamentos, sino cambiando el estilo de vida que se logran cambios significativos en la historia natural de la enfermedad (Campbell, 2019).

La experimentación médica en humanos ha hecho entender que no hay verdades absolutas ni desenlaces cien por ciento ciertos, moviéndonos

en un mundo de juicios de posibilidades y manejos sobre los riesgos y los beneficios de cada actuar médico (Page, 2012).

La Declaración de Helsinki de 1964 es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el Código de Núremberg de 1947. La versión anterior es la acordada en Somerset West, Sudáfrica, por la 48ª Asamblea General en 1996. Estos acuerdos han tenido múltiples revisiones hasta llegar a la 52ª Asamblea en Edimburgo (en el 2000) donde se logró una mayor protección en la individualidad y autonomía de los pacientes en los estudios, sobre todo en los países en desarrollo (Manzini, 2000).

El Informe Belmont de 1979, basado en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en Investigación Biomédica y de Comportamiento en Estados Unidos, estableció la importancia de reconocer la autonomía –dar valor a la elección y opinión de personas autónomas y evitar obstruir sus acciones, a menos que estas sean claramente en detrimento de otros– y la de proteger a los que tienen una autonomía disminuida (Peacock Aldana, Cala Calviño, Labadié Fernández y Álvarez Escalante, 2019). Beneficencia y no hacer daño –no lastimar a una persona sin importar qué beneficios pudiera traer a otros– y acrecentar al máximo a fin de disminuir los riesgos (Paranhos, Garrafa, Melo, 2019). Y la justicia, lograr una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios que implica participar en una investigación, así como definir quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad (Álvarez Viera, 2018).

Tales principios fueron redefinidos, en el mismo período, por Beauchamp y Childress en su libro *Principios de Ética Biomédica* (séptima edición en inglés la cual se publicó en 2013). Esto incluye cuatro principios, que se conocieron como el “Georgetown Mantra”, a saber: beneficencia, no maleficencia, respeto por la autonomía y la justicia (Beauchamp y Childre, 2015).

El principialismo, como se conoció el concepto, eventualmente se convirtió en uno de los enfoques más comunes al tema de la bioética, comprensible, dada su naturaleza práctica (Izquierdo, 2019).

Sin embargo, no pasó mucho tiempo antes de que las preguntas sobre tales principios surgieran, arrojando dudas sobre su papel central en las cuestiones éticas (Paranhos, Garrafa, Melo, 2019).

Temas puntuales de aplicación de la bioética en la medicina

Después de conocer el origen, la historia y la importancia de la bioética en la medicina es importante analizar los puntos de discusión bioéticos más relevantes al momento de actuar en el ámbito clínico. La información de cada tema desarrollado a continuación es una aproximación a la práctica clínica de la bioética.

1. Limitación del esfuerzo terapéutico

“¿Todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable?” (Herreros, Palacios y Pachón, 2011)

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se define como “la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas extraordinarias o desproporcionadas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente por un mal pronóstico vital a corto plazo y/o mala calidad de vida” (Herreros, Palacios y Pachón, 2011). Se pueden definir también dos clases de limitación, una es no iniciar una determinada medida y la segunda es retirar la acción médica cuando ya esté implementada (Herreros, Palacios y Pachón, 2011).

A veces se confunde esta definición con la de eutanasia, suicidio y suicidio asistido, habiendo muchos matices morales y éticos que no son de fácil discernimiento, más aún cuando se presentan en el ámbito clínico y donde muchas veces ni los mismos médicos son capaces de decidir por desconocimiento de la bioética. Cuando se habla de eutanasia, se busca o se pretende la muerte de una persona con el fin de liberarla de su sufrimiento, siendo activa a través de una acción médica y pasiva por omisión de la misma. También se describe como *voluntaria*, *involuntaria* y *no voluntaria*. (Izquierdo, 2019), y es muy importante entender las diferencias entre estos conceptos y la limitación del esfuerzo terapéutico.

Dentro de la autonomía está la decisión de tener una adecuada calidad de vida, toda vez que el paciente tenga opción de conocer su estado

actual de salud y de tomar una decisión libre sobre sus tratamientos y posibilidades con cada uno de ellos, pudiendo tomar la decisión él mismo (*el paciente*) de hacer una limitación del esfuerzo terapéutico, llegando hasta firmar un “alta voluntaria” de la institución si no está de acuerdo con las recomendaciones médicas (Fernández Fernández, Baigorri González y Artigas Raventós, 2005), o una “voluntad anticipada” si ese es su deseo de limitar el esfuerzo médico por mantenerlo con vida.

La limitación del esfuerzo terapéutico podría verse como una eutanasia pasiva dado que sería por omisión en el hacer; sin embargo todos los días el personal de salud se ve enfrentado a tomar decisiones en donde la moralidad, por la omisión del hacer pudiera hacernos pensar, según la ley natural de proteger la vida a toda costa, que debe hacer todo lo que está al alcance para brindar una posibilidad médica a “todos” los pacientes. Sin embargo, el problema es *no actuar cuando se debería y se podría actuar* (Izquierdo, 2019, Pugh, 2020).

Hoy en día, aunque existe una amplia gama de procedimientos, insumos de alto costo por su tecnología, medicamentos direccionados biológicamente y cirugías especializadas, la pregunta es que a pesar de que se puede realizar es, ¿se puede llevar a cirugía un paciente, tiene indicación quirúrgica por su enfermedad y hay los recursos necesarios para operarlo... está bien operarlo?

Y la luz de esta respuesta está en una evaluación multidisciplinaria, con evaluación en conjunto por especialistas como geriatría clínica, comités de bioética clínicos y demás especialidades en juntas médico-quirúrgicas, donde orientan al personal médico a tomar las mejores decisiones (Pérez, 2010).

Según la teoría de la ley natural se debe actuar cuando hay una perspectiva de vida razonable y cuando no se imponen cargas excesivamente altas al sistema de salud sin justificación médica y/o a la sociedad en que vive. Para cada patología existen ya escalas de riesgo asociado para cada procedimiento, así se puede valorar si la acción médica propuesta, a pesar de tener los recursos, la indicación y los medios humanos, va a ayudar finalmente al paciente o va a reducir sus posibilidades de vida y/o su independencia como persona (Pugh, 2020).

Hay estudios muy importantes para calcular estos factores de riesgo y valores pronósticos, los cuales se hacen prácticos en páginas web institucionales como <http://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/PatientInfo.jsp> (Bilimoria, Liu, Paruch, Zhou, Kmiecik, Ko, et al, 2013) donde sus resultados ayudan a entender los alcances de las acciones médicas en un futuro inmediato, reportando porcentajes de posibilidades como complicaciones perioperatorias, muerte por cualquier causa, muerte relacionada con el procedimiento, indicación de manejos especiales como diálisis, y uno de los puntos más importantes para la orientación de nuestra conducta, que es la el porcentaje y/o posibilidad de disminución de la funcionalidad con posibilidad de quedar hospitalizado crónicamente (Cohen, Liu, Ko, Clifford, Hall, 2017).

Con estos datos, el personal médico puede tomar, en ciertas ocasiones, decisiones de “reorientación de objetivos terapéuticos” en pacientes críticamente enfermos, ya que no se trata de realizar una *eutanasia pasiva*, sino de facilitar una transición tranquila hacia la muerte, con todos los cuidados paliativos requeridos, como es el control del dolor, la ansiedad y el manejo psicológico que también requiera (Campbell, 2019).

Esta reorientación de los objetivos terapéuticos está indicada en aquellos pacientes en que los riesgos son mayores que los beneficios, en donde realizar un procedimiento quirúrgico sencillamente le quitaría días de vida a los pacientes o calidad de vida subsiguiente. (Fernández Fernández, Baigorri González y Artigas Raventós, 2005). Y es aquí donde hay mucho por hacer por los pacientes que están en su proceso de final de vida, cómo paliar el dolor, disminuir la discapacidad, y si fuere el caso ayudar mediante la cuidados paliativos a una muerte digna (Carlosama, Villota, Benavides, Villalobos, Hernández, Matabanchoy Tulcan, 2019).

Es importante aclarar que la decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico debe recaer sobre el personal médico y no enteramente sobre el familiar (Betancourt Betancourt, 2014).

Mediante las escalas antes descritas y las valoraciones interdisciplinarias es el personal médico quien tiene todas las herramientas y conceptos claros sobre una decisión que influye directamente en el futuro inmediato del paciente. Todos los artículos recomiendan un diálogo activo

y constructivo entre el personal médico, el paciente y los familiares, ya que cada caso es diferente, para lograr la mejor decisión que beneficie al paciente. Recordar la pregunta principal: “¿*todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable?*” (Herrereros, Palacios y Pachón, 2011).

Y si no hay un acuerdo o hay una imposibilidad de diálogo por cuestiones personales, religiosas, psicológicas o por alguna otra barrera para llegar a un acuerdo, existen los comités de ética que cada institución tiene, para ayudar a resolver y guiar al médico, de nuevo, en tomar la mejor decisión para el paciente (Serpa Flórez, 2019; Yuguero, Esquerda y Pifarre, 2018).

2. El cuidado paliativo y final de la vida

“Los Cuidados Paliativos no tienen como objetivo la muerte del enfermo, sino que cuidan de su vida mientras este llega a su fin, aliviar su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable” (Zurriarain, 2019).

El personal de salud que trabaja en un servicio de urgencias y emergencias debería estar entrenado y tener competencias básicas en la satisfacción de las necesidades de los pacientes al final de la vida, conociendo y comprendiendo trayectorias de la muerte y estrategias de comunicación útiles, con el fin de determinar los objetivos de la atención, comprender los factores que son importantes para el paciente y su familia, el marco bioético que guía la toma de decisiones al final de la vida y el manejo de los síntomas al final de la vida, pues a pesar de que la mayoría de los pacientes que fallecen hubieran preferido estar en casa, la gran mayoría acude al departamento de emergencias por sus familiares o por simple temor de morir en sus casas (Chessa y Moreno, 2019).

Los avances en los métodos de diagnóstico y terapéuticos han ayudado significativamente a salvar vidas; sin embargo, también se ha hecho evidente el aumento de los costos médicos, pues cada vez hay más pacientes con condiciones crónicas que requieren atenciones en unidades de cuidado intensivo (UCI) o diferentes estrategias terapéuticas de alto costo para prolongar la vida como son la circulación extracorpórea (conocida como ECMO) y/o las unidades de cuidados crónicos (Forero, McDonnell, Gallego, McCarthy, Mohsin, Shanley et al, 2012).

Los avances médicos han permitido prolongar y mantener la vida, incluso en grados que antes no se hubieran podido imaginar, lo que ha permitido aumentar la expectativa de vida. Sin embargo, muchas veces esto puede ser paradójico, e incluso poco ético y dañino, pues en muchas ocasiones en vez de prolongar y mejorar la calidad de vida de una persona, se termina prolongando el proceso de muerte y con ello, el sufrimiento del paciente (ej. Mantener un paciente en estado vegetativo, en la UCI, con soporte ventilatorio, con muy poca posibilidad de recuperación) (*Kansas City Area Ethics Committee Consortium*).

Vale la pena recordar que el objetivo de la medicina es tratar y mejorar la salud de una persona, y no es enfocarse sólo en preservar la función de los órganos o la actividad fisiológica (Schneiderman, Faber-Langendoen y Jecker, 1994). Un tratamiento se considera fútil cuando simplemente preserva las funciones fisiológicas de un paciente inconsciente (en coma) que no tiene la posibilidad de devolverle a este un nivel de salud que le permita vivir fuera de una unidad de cuidados intensivos con una calidad de vida aceptable (Schneiderman, 2011).

No hay aún en la literatura un término o un consenso que defina qué es un *tratamiento fútil*, a pesar de que este término es utilizado por varios autores en la literatura desde hace ya un buen tiempo. Esto hace que no sea fácil para un médico darse cuenta de que un tratamiento que están proponiendo sea fútil. Un claro ejemplo de esto, son los médicos en los departamentos de emergencias, quienes inician tratamientos específicos en pacientes que llegan en muy malas condiciones, muchas veces sin lograr obtener una adecuada historia clínica de ingreso, y posteriormente, los tratamientos efectuados podrían considerarse fútiles (Forero, McDonnell, Gallego, McCarthy, Mohsin, Shanley et al, 2012).

El concepto de autonomía del paciente implica que los pacientes deben estar directamente involucrados en la toma de decisiones acerca de su tratamiento. Sin embargo, eso no significa que puedan insistir y recibir cualquier tratamiento que deseen. Esto significa que pueden elegir entre las opciones que su médico tratante cree que pueden beneficiar su condición actual, o que si incluso lo consideran, pueden rechazar esas opciones (Chessa y Moreno, 2019). Es importante recordar esto, pues muchos pacientes y sus familias, en algunas oportunidades, tienen expectativas poco realistas y pueden insistir en que se le

realizan distintos tratamientos e incluso procedimientos invasivos a pesar de que estas medidas no vayan a generar un impacto positivo en el resultado final (Šarić, Prkić, Jukić, 2017).

Para definir si un tratamiento es fútil, los médicos y demás miembros del equipo o personal de atención deben conocer los principios éticos, ya que estos pueden facilitar la toma de decisiones, especialmente en los casos en los que las directrices legales son insuficientes o inexistentes.

Primer principio: retener o retirar el soporte vital son equivalentes (Truog, Campbell, Curtis, Haas, Luce, Rubenfeld, et al. 2008). Es decir, si un médico considera que es fútil iniciar un tratamiento específico en una circunstancia o escenario, esto significa que estaría justificado de igual forma el retiro de este tratamiento en algún paciente que tenga esta circunstancia, pues no lograría los objetivos del tratamiento. No debería haber diferencia, ni en la intención del médico que no inicia el tratamiento y el que retira la terapia ni en las consecuencias para el paciente, pues la causa de su muerte será la misma. Por esta razón, no hay diferencia en la responsabilidad moral de los médicos por su decisión (Chessa y Moreno, 2019; Wilkinson y Savulescu, 2014).

Segundo principio: existe una gran diferencia entre matar y dejar morir (Truog, Campbell, Curtis, Haas, Luce, Rubenfeld et al, 2008). Aunque retirar o negar el soporte vital a un paciente críticamente enfermo conduce a su muerte, en los casos en que el tratamiento es fútil, legalmente no se considera un asesinato. Desde el punto de vista ético, el deber del médico es detener los tratamientos adicionales fútiles, que estén enfocados simplemente en prolongar la vida (o incluso prolongar el sufrimiento y el proceso de muerte) e iniciar tratamientos que mejoren los síntomas al final de la vida y permitan el derecho a morir dignamente.

Tercer principio: consecuencias de los tratamientos de confort y cuidados paliativos. Para aliviar el sufrimiento de los pacientes, en muchas ocasiones se tienen que utilizar fármacos en dosis que podrían acortar la vida del paciente. Es importante recalcar que existe una diferencia entre administrar fármacos con la intención de matar (eutanasia) y administrar fármacos con la intención de mejorar los síntomas al final de la vida y ofrecer confort al paciente. La diferencia crucial radica en la intención del médico que administra el medicamento.

Una vez se considera que un tratamiento propuesto es fútil, se procederá a brindar y a asegurar al paciente y sus familiares el cuidado paliativo, el cual debe incluir manejo del dolor y el control de los síntomas, la retirada de tratamientos de soporte vital inútiles incluyendo nutrición y líquidos intravenosos, antibióticos, terapias de reemplazo renal, fármacos vasoactivos y dispositivos de asistencia ventricular, las decisiones con respecto a la reanimación cardiopulmonar y el apoyo psicosocial tanto para el paciente como para su familia (Chessa y Moreno, 2019).

El personal médico tiene la responsabilidad de tomar estas decisiones (no la familia) y es importante que cuenten con el entrenamiento adecuado y estén informados y tranquilos de saber que la interrupción abrupta de estas medidas no produce discomfort para el paciente. En cambio, continuar estos tratamientos que son fútiles solo prolonga el proceso de muerte y aumenta la angustia o discomfort del paciente. Vale la pena aclarar que la excepción a esto es la ventilación mecánica, pues su interrupción abrupta puede provocar disnea y discomfort. En este caso, se pueden reducir gradualmente los parámetros ventilatorios dando tiempo y haciendo un excelente control farmacológico de la disnea (Russell, Williams y Drogan, 2010).

Uno de los retos más importantes en los pacientes al final de la vida es el manejo del dolor. La gran mayoría de pacientes al final de la vida presenta algún grado de dolor durante su estancia hospitalaria, por esto es indispensable que el equipo médico minimice el dolor de origen iatrogénico y adicionalmente que administren el manejo farmacológico y analgésico más adecuado.

La disnea (sensación de ahogo y fatiga) es otro de los síntomas frecuentes y además angustiantes (para el paciente, la familia e incluso para el personal médico) que presenta gran porcentaje de los pacientes al final de la vida, por lo que el médico y su equipo, deben estar entrenados en abordar de forma correcta este grupo de pacientes. En este caso en particular, conociendo que realizar maniobras invasivas como la intubación orotraqueal y ventilación mecánica son fútiles, estas maniobras deben ser evitadas, pues sólo prolongarán el proceso de muerte y el sufrimiento tanto para los pacientes como para sus familiares. Si el paciente ya está con soporte ventilatorio, la decisión va a ser mucho más difícil de tomar para el equipo médico, pero en

estos casos hay que recordar que, si estas medidas son fútiles, se puede considerar la titulación a la baja de los parámetros ventilatorios (The Ethics of Palliative Sedation as a Therapy of Last Resort). En este caso, es importante que el paciente (si está consciente), su entorno familiar y el equipo médico conozcan muy bien la situación que se va a generar al iniciar la disminución del soporte ventilatorio y esté muy bien preparado para actuar ante los primeros signos de disnea, pues se debe evitar siempre los síntomas que generan disconfort y angustia en el paciente y su familia (Schneiderman, 2011).

Tal vez uno de los casos más difíciles de manejar para los médicos, es el caso de un paciente que ha sido sometido a una reanimación cardio pulmonar, que ha sido exitosa debido a que hubo retorno a la circulación espontánea, pero no recuperó el estado de conciencia (está en coma). En estos casos, muchas veces continuar el tratamiento invasivo es fútil, sin embargo, muchos médicos deciden continuar el manejo debido a las demandas instauradas por familiares y la falta de apoyo por parte de la clínica así como falta de apoyo legal. En otras oportunidades, la razón principal por la que deciden continuar el tratamiento a pesar de tener la certeza de que no va a mejorar la calidad de vida, es emocional, pues en ocasiones se sienten culpables o sienten el dolor de la familia o incluso el miedo al no saber cómo van a reaccionar si se decide limitar el esfuerzo terapéutico.

3. Obstinación o encarnizamiento terapéutico

Porque para todo ser humano es tan natural nacer como morir...
(Zurriarán, 2019)

La Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, lo definieron como “la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica” (Zurriarán, 2019).

Los avances científicos actuales nos dan la posibilidad de retardar de forma artificial la muerte de las personas, sin que sea esta la que reciba algún beneficio de los esfuerzos terapéuticos. Dado que estas acciones siguiendo la ley natural de preservar la vida a cualquier costo, van en

contra de la bioética, la dignidad de la persona que se está muriendo, el deber moral es aceptar la muerte y dejar que ella siga su curso. Porque para todo ser humano es tan natural nacer como morir...

El llegar al final de la vida una persona con enfermedad, carece de sentido implementar medidas extraordinarias, desproporcionadas y gravosas para el paciente o su familia, pero que de ninguna manera le devolverán la salud. Entendiendo que la renuncia a la obstinación terapéutica es aceptar lo finito que es la vida humana, en donde la paliación del dolor y de la ansiedad deben ser los objetivos por tratar (Zurriarán, 2019).

La bioética aborda y nos muestra las mejores decisiones en estos casos, haciendo un análisis de cada persona como única y orientando la mejor conducta médica.

4. La libertad y la autonomía, víctimas en tiempo de pandemia

Durante la pandemia, buscando un bien común, la libertad y la autonomía se han restringido por parte de los entes gubernamentales con el control epidemiológico y medidas de “salud pública” para detener o paliar el avance de la infección viral establecida, en este momento histórico por COVID-19.

Estas medidas, aunque necesarias para muchos, tienen matices a la luz de la bioética que no resulta tan fácil aceptarlas. La necesidad de controles de triage en las UCIS en el pico de la pandemia limitan la autonomía médica y la justicia distributiva en procura de salvar la mayor cantidad de vidas posibles (World Health Organization, 2016).

Estas medidas gubernamentales, deben siempre tener filtros para ser lo menos intrusivas posibles y siempre bajo la autoridad de la evidencia científica, ya que es lo único que puede equilibrar esta limitación de la libertad y la autonomía con el derecho a la salud pública.

Los derechos de los ciudadanos no se deberían ver condicionados o reducidos sin tener esta evidencia científica, ya que esto puede llevar a abusos por parte de elementos de la fuerza gubernamental. Hay muchas medidas que han flexibilizado el control a la protección de datos personales

y de movilidad sin seguimiento que van a ser muy difíciles de restringir y controlar de nuevo. Esto en este momento coyuntural existe la indicación de saber con quién ha estado en contacto cercano o si se han identificado personas infectadas en el mismo lugar donde el individuo ha estado.

En los centros comerciales, las grandes superficies y cualquier establecimiento público, se hace escaneo de los documentos de identidad para hacer seguimiento de movilidad ciudadana, así como los seguimientos por los GPS de cada teléfono celular, obteniendo metadatos por parte de estas plataformas digitales nacionales y transnacionales, en las que no hay claridad sobre el uso que le den a estos datos de movilidad y posicionamiento en cada momento. Esto podría llegar a violentar el derecho a la intimidad y la libertad de las personas, constituyendo en este momento un estado de alarma y seguimiento constante, y cuando esta emergencia pase, será muy difícil revertir a restituir los derechos de todos los ciudadanos en el mundo.

Es así como la autonomía y la libertad son las primeras víctimas de la pandemia que se está viviendo y que ha llegado para ser la nueva normalidad en la vida social, laboral y personal.

Las medidas de confinamiento han sido consideradas medidas eficaces para el control del contagio, pero ha sido muy notorio que estas medidas también han aumentado las necesidades básicas de las personas, haciendo más evidentes las desigualdades económicas y sociales actuales.

Internet ha contribuido enormemente a continuar con los lazos sociales que unen las familias, los trabajos y hasta la vida escolar, pero también ha puesto al descubierto la gran cantidad de población que no tiene acceso a este recurso, ya sea por falta de infraestructura, falta de equipos de cómputo o sencillamente falta de recursos económicos para acceder a los servicios de internet, que dependen de las necesidades de las personas que los van a utilizar al tiempo pueden ser de costos muy elevados (Churchill, King y Henderson, 2020).

Las mujeres han sido también víctimas en gran su mayoría por el aumento de la violencia intrafamiliar, la disminución de sus libertades y el aumento de deserción escolar entre otras (Bradbury-Jones e Isham, 2020).

Las medidas como el “lavado constante de manos y el quedarse en casa” han sido ampliamente demostradas como medidas útiles para prevenir el contagio de la enfermedad, sin embargo, esto también ha mostrado la gran cantidad de la población que no tiene casa donde quedarse y muchos que no tienen acceso al agua, o siquiera, tienen el acceso a esta por horas, haciendo que la inequidad aumente y promueva que en estas poblaciones las condiciones sanitarias empeoren rápidamente. En los países en desarrollo estos puntos son más visibles y más difíciles de manejar (Rueda Barrera, Caballero Duque, Bernal Camargo, Torregrosa Almonacid, Suárez Castro, Gémpler Rueda et al. 2020).

En conclusión, las medidas de seguimiento propuestas por los gobiernos para facilitar el control poblacional y de movilidad, deben tener una estricta protección de datos y estar basadas solo en estudios científicos que demuestren que estas medidas de seguimiento tecnológico tengan un verdadero efecto sobre la salud de la población, ya que estos datos o como se llaman “metadatos”, no deben ser usados para estrategias comerciales y de propaganda, que, según donde se ha estado, lo que se ha comprado, las preferencias o gustos, se puedan vender al mejor postor, para facilitar un mercadeo más focalizado y efectivo de bienes y servicios que no se han solicitado ni sobre los cuales se ha brindado consentimiento para ser contactados.

Se puede sumar a esto la obligatoriedad de algunos procesos sociales, la inscripción en apps (programas de celular) donde se deben diligenciar datos personales, sociodemográficos y de salud, sin que esté claro el uso que se les den. Ya hasta los datos genéticos y de seroprevalencia en todas las muestras de sangre que se realizan deben tener una confidencialidad según la normativa de la historia clínica personal.

Todos estos nuevos interrogantes que han nacido en la pandemia se conectan directamente a todos los principios de la bioética actual, haciéndola más necesaria que nunca para poder evitar abusos por parte de entidades gubernamentales y/o por empresas privadas con fines de lucro propio.

5. La bioética en tiempos de pandemia por COVID 19

La pandemia actual, causada por el virus SARS COV 2, ha generado preocupación a nivel global, pues superará la capacidad del sistema de salud, lo que implica un desafío para los equipos de atención médica a la hora de escoger y racionalizar los recursos (que ya de por sí son escasos), por lo que es fundamental adquirir habilidades en la toma de decisiones, tales como, quienes recibirán intervenciones avanzadas de soporte vital, y quienes no, pues se produce un desequilibrio entre las necesidades de atención clínica y la disponibilidad de los recursos.

Varios autores médicos e instituciones importantes han redactado guías de manejo en respuesta a la pandemia COVID-19 de 2020. Estos documentos representan múltiples esfuerzos de individuos y grupos para ayudar en las consideraciones más relevantes en la toma de decisiones difíciles que deben tomarse frente a esta enfermedad transmisible, altamente contagiosa y potencialmente mortal, esto asociado a la repentina y enorme demanda de atención médica que sobrepasaba las capacidades médicas de cualquier país e institución (Rhodes, 2020).

Las recomendaciones que se han elaborado se basan en los consejos acumulados de eruditos que han luchado por comprender los requisitos de la justicia en las últimas décadas y la sabiduría acumulada durante siglos, ya que por ser un evento sin precedentes en la historia moderna, no se había estudiado, siquiera pensado en protocolos en casos como los que se han vivido durante el 2020.

Las cuestiones de ética y justicia son conclusiones que se derivan de lo poco o nada que se sabe sobre las situaciones en las que se encuentra la humanidad. Las decisiones sobre lo que es correcto o incorrecto, justo o injusto, no son respuestas obvias que se deriven directamente de principios simples. Más bien, son las conclusiones a las que se llega después de recopilar la información disponible, separar las consideraciones críticas de las tangenciales y sopesar la gama de consecuencias previsibles de las opciones alternativas para elegir un plan que sea más apropiado a las circunstancias. En resumen, las respuestas dependen del contexto, y llegar a buenas soluciones requiere discernimiento y juicio. En ese sentido, se debe comenzar a

deliberar entendiendo lo que se sabía y lo que se desconocía cuando se tuvieron que tomar decisiones sobre el virus COVID-19 (Ministerio de Salud de Colombia).

Según el artículo escrito por Eduardo A. Rueda et.al, en Colombia se espera que alrededor de 550.000 pacientes lleguen a requerir soporte ventilatorio y manejo en unidades de cuidado intensivo (UCI) durante esta pandemia, lo que genera preocupación, pues el país cuenta con 6.000 camas de UCI, de las cuales, solo se cuentan con 1000 (20%) para pacientes con COVID 19.

Por esto, se propone que las decisiones de asignación de los recursos se basen en los principios éticos:

1. **Principio de dignidad y autonomía:** Esto significa respetar y reconocer a la persona como libre igualmente a las demás, es decir, garantizar el derecho a la salud, al cuidado de su salud, así como respetar la autonomía de cada paciente tanto de aceptar como de rechazar las propuestas con respecto a su tratamiento actual o futuro. Implica una atención oportuna, de calidad, provisionando información e independencia de las alternativas diagnósticas y terapéuticas.
2. **Principio de igualdad:** Este principio recuerda que todos los pacientes son ciudadanos con dignidad y derechos iguales, lo que implica que se debe asegurar asignación de recursos sin discriminación ni preferencias por género, raza, edad, orientación sexual, estrato socioeconómico, religión, entre otros.
3. **Principio del mayor bien:** En el ámbito clínico, esto implica asignar los recursos a aquellos pacientes que más se beneficien y tengan mayor posibilidad de beneficiarse con los recursos disponibles y de esta forma evitar desperdiciar recursos; por esto, es importante definir y priorizar los pacientes, teniendo en cuenta quién podría vivir más años y con una mejor calidad de vida al recibir los recursos otorgados. De igual forma, este principio obliga a ofrecer el mejor cuidado paliativo a aquellos pacientes que no clasifican como elegibles o a aquellos que al ejercer su principio de autonomía deciden rechazar estos recursos.

4. **Principio de equidad:** En este caso particular, significa que se debe escoger entre los candidatos a recibir los recursos, quién lo necesita más urgentemente, quienes además de beneficiarse de los recursos, están más graves y pueden fallecer primero en caso de que no se les asigne el recurso, por ejemplo ventilación mecánica.
5. **Principio de transparencia:** Este principio garantiza que la asignación de recursos sea responsable y transparente, avalada por pares y garantizar su trazabilidad.

En este escenario es fundamental tener claras tres definiciones:

Voluntades anticipadas: Es el diligenciamiento de documentos legales, que contienen los deseos de la persona que los suscribe, en relación a sus decisiones con respecto a su salud, para que sean tenidas en cuenta en el caso de que el paciente pierda sus facultades de tomar decisiones.

Limitación del esfuerzo terapéutico: Decisiones tomadas por el médico tratante de no iniciar ciertas medidas terapéuticas o incluso de retirarlas debido a que estas son fútiles

Adecuación del esfuerzo terapéutico: Son actos terapéuticos como iniciar, adicionar o modificar tratamientos según la evolución clínica del paciente con el objetivo de buscar confort para el paciente.

En el artículo publicado por Rueda et.al (2020) en una revista colombiana se propone una guía para la toma de decisiones de asignación de recursos médicos escasos, de ventiladores y camas de UCI en caso de sobredemanda, como la vivida actualmente en la pandemia por COVID 19; otros artículos proponen protocolos de decisiones, lo que permitirá apoyar la toma de decisiones médicas y la asignación de recursos en caso de ser necesario (Borasio, Gamondi, Obrist, y Jox, 2020).

La declaración de emergencia sanitaria por la pandemia ha hecho evidente la falta de equidad distributiva histórica en los diferentes departamentos y ciudades del país, siendo las poblaciones más abandonadas y vulnerables, las que más escasez presentan de productos de bioseguridad y protección personal, así como de equipos

de cuidados intensivos y de personal altamente especializado para utilizar estos equipos en las UCI.

En marzo de 2020, Colombia, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolló recomendaciones para el manejo de decisiones éticas durante la pandemia por SARS-CoV-2. Documento que buscaba dar un marco de referencia a la emergencia sanitaria para que las decisiones de los actores de salud tuvieran un balance en las necesidades de los individuos, la población y los recursos existentes. Las recomendaciones según los artículos, fueron basadas en la equidad de la distribución de riesgos y beneficios, y el balance entre los intereses individuales y colectivos, respetando las preferencias de los pacientes y procurando la no maleficencia (García-Echeverry, Moreno-Amézquita, Pinto-Bustamante y Gómez-Córdoba, 2020).

El cuidado paliativo en tiempos de pandemia

El cuidado paliativo es un enfoque integral y un aliado fundamental en las instituciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia, centrados en el alivio de los síntomas y del sufrimiento, en mantener una comunicación asertiva y efectiva tanto con el paciente como con su entorno. Adicionalmente, se enfocan en la preparación y elaboración del duelo, sedación paliativa y acompañamiento al final de la vida.

Conclusiones

Desde hace más de 2500 años la sociedad ha evolucionado hacia la organización social, buscando siempre una estabilidad económica, demográfica, territorial y alimentaria. Dentro de esta estabilidad está la asistencia al prójimo en la enfermedad y en las calamidades diarias que se presenten por un bien común. En esa asistencia social se basan los inicios de la medicina y sobre su actuar se basa la bioética que actualmente se tiene, siendo esta palabra y definición muy joven aún dados los pocos años; propone la igualdad social sin diferencia de etnia, color, o creencia religiosa que se profese en la mayor parte de la humanidad.

Ahora se da por hecho, pero en el siglo pasado estos conceptos de igualdad, respeto, autonomía, y no hacer daño a otro ser humano, pasaban por un filtro político y religioso que produjo muchas muertes en las guerras mundiales.

En el siglo XIX cuando la medicina creció en su estallido tecnológico por la industrialización y el crecimiento de las ciudades, la atención médica era insuficiente y causaba, en muchas ocasiones, más daño que un beneficio real a los pacientes, llegando a estar más seguros si eran tratados en sus casas que en un hospital, dado que no se conocía siquiera la existencia de los microorganismos y su transmisión en la atención médica propia.

En la segunda guerra mundial los médicos y científicos del ejército nazi teniendo como base su ideología política y religiosa, realizaron estudios “no éticos” en seres humanos con el fin de adquirir conocimientos buscando “un bien común”, sin embargo pasaban por encima de cualquier derecho básico ético como es la autonomía, la capacidad de decidir, si querían estar en dichos experimentos, sin brindar ninguna seguridad a quienes participaban y sobre todo sometiendo a torturas e incluso produciendo la muerte en la búsqueda de los extremos del cuerpo humano.

Es donde inicia el cuestionamiento básico de la vida, del derecho a decidir de todas las personas sin importar ninguna diferencia de las antes mencionadas, y empezando a crear unas reglas de experimentación y trato hacia los pacientes. Y es en la segunda mitad del siglo XX donde se conoce, que aun en países democráticos, se hacían experimentos médicos en población vulnerable sin control ético, basados solo en la búsqueda de “un bien común”.

Razones históricas de errores cometidos por humanos sobre humanos dan inicio a la bioética como pilar fundamental en el tratamiento médico de los pacientes, empezando por sus definiciones de autonomía y derecho de decidir de los pacientes; hacer siempre el bien en cada acción médica; no hacer el mal a las personas así sea en busca de un bien común; y la justicia, que en nuestro caso es ser justos, al momento de repartir los recursos siempre limitados de un sistema de salud siempre en deuda.

En este momento coyuntural de la historia humana el sistema de salud se ha visto sobrepasado por una infección viral que ha llegado ya a infectar al 10% de la población y a causar mayor demanda de los recursos médicos humanos, económicos y de insumos vitales, poniendo a prueba las pautas que se habían creado hace muy poco tiempo, ya que de nuevo las órdenes gubernamentales sobrepasan la justicia distributiva de insumos, como los ventiladores mecánicos, dado que ordenan no exportar estos insumos privilegiando a su propia población. O la toma de decisiones en la clasificación o triage según probabilidad de sobrevivir o según, a veces dependiendo del seguro médico que tiene la persona, en contra de la autonomía que cada persona del servicio de salud tiene para atender mejor a cada paciente.

Es en estos escenarios donde la bioética ayuda al personal médico a tomar decisiones que la moral y la ley natural puede poner en duda para decidir de la manera más justa.

En conclusión, la bioética es una herramienta eficaz para lograr el mejor bien común con los recursos existentes, basandose en la mejor evidencia científica pero regulada por la mejor orientación filosófica. Herramienta que ha evolucionado rápidamente por el bien de la humanidad y que seguirá creciendo y buscando nuevas maneras de transformar el pensamiento del personal de salud en cada institución del planeta.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez Viera, P. (2018) Ética e investigación. *Boletín Redipe* 2018;7(2): pp. 122-149.
- Beauchamp, T. y Childre, J. (2015) *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. ed. NewYork-: NewYork-Oxford University Press, 2015.
- Betancourt Betancourt, G. de J. (2014) Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Humanidades Médicas* 2014 Aug 1;14(2):407-422.
- Bradbury-Jones, C. e Isham, L. (2020) The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing* 2020 Jul; 29(pp. 13-14):2047-2049.

- Borasio, G. D., Gamondi, C., Obrist, M. y Jox, R. (2020) For The Covid-Task Force Of Palliative Ch. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss medical weekly* 2020 Mar 23;150:w20233.
- Bilimori, K.Y., Liu, Y., Paruch, J. L., Zhou, L., Kmiecik, T.E., Ko, C.Y. et al. (2013) Development and Evaluation of the Universal ACS NSQIP Surgical Risk Calculator: A Decision Aid and Informed Consent Tool for Patients and Surgeons. *Journal of the American College of Surgeons* 2013; 217(5): pp. 833-842.e3.
- Campbell, C. S. (2019) Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying. *The Yale journal of biology & medicine* 2019 Dec; 92(4): 733.
- Churchill, L. R., King, N. M. P. y Henderson, G. E. (2020) The Future of Bioethics: It Shouldn't Take a Pandemic. *The Hastings Center report* 2020 May; 50(3): pp. 54-56.
- Chessa, F y Moreno, F. (2019) Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2019;46(3): pp. 387-398.
- Carlosama, D. M., Villota, N.G., Benavides, V.K., Villalobos, F. H., Hernández, E. L. y Matabanchoy Tulcan, S. M. (2019) Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética* 2019; 23(2): pp. 245-262.
- Cohen, M.E., Liu, Y., Ko, Clifford, Y. y Hall, B.L. (2017) An Examination of American College of Surgeons NSQIP Surgical Risk Calculator Accuracy. *Journal of the American College of Surgeons* 2017; 224(5): pp. 787-795.e1.
- Fernández Fernández, R., Baigorri González, F. y Artigas Raventos, A. (2005) Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Medicina intensiva* 2005; 29(6): pp. 338-341.
- Forero, R. McDonnell, G., Gallego, B., McCarthy, S. Mohsin, M., Shanley, C. et al (2012) A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emergency medicine international* 2012 Dec 1; 2012:1-11.
- García-Echeverry, F. A., Moreno-Amézquita, J. E., Pinto-Bustamante, B. J. y Gómez-Córdoba, A. I. (2020) El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: entre la inequidad endémica y el estado de emergencia. *Revista Colombiana de Bioética* 2020 Jul 7; 15(1).
- Herreros, B., Palacios, G. y Pacho, (2011) E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española* 2011; 212(3):134-140.

- Izquierdo D., L. (2019) Bioethics theories, the protection of life and natural law. *Cuadernos de bioética* 2019 Sep;30(100):263.
- Kansas City Area Ethics Committee Consortium. Recommended Policy Guidelines Regarding Medical Futility.
- Manzini, J. L. (2000) Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la Investigación Médica sobre Sujetos Humanos. *Acta bioethica* 2000 Dec 1;6(2):321-334.
- Medical. The journals of gerontology. Series A* (2017), Biological sciences and medical sciences 2017 Jan; 72(1):NP
- Ministerio de Salud - Colombia. Lineamientos, Orientaciones y Protocolos para enfrentar la covid-19 en colombia. 2020 JUN.
- Molina Arrubla, C. M. (1989) Ley 23 de febrero 18 de 1981: Normas sobre ética médica. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas* 1989(85):105-112.
- Page, K. (2012) The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC medical ethics* 2012 May 20, 13(1):10.
- Paranhos, F. R. L., Garrafa, V. y Melo, R. L. D. (2019) Critical analysis of the principle of benefit and harm. *KIT Scientific Publishing* 2019 Sep 13;23(1):12-19.
- Peacock Aldana, S. Cala Calviño, L., Labadié Fernández, S. y Álvarez Escalante, L. (2019) Ética en la investigación biomédica: contextualización y necesidad. *Medisan* 2019 Sep 1;23(5):921-941.
- Pugh, J. (2020) *Autonomy, Rationality, and Contemporary Bioethics*. Oxford: Oxford University Press; 2020.
- Pérez, M. (2010) Bioética, fundamentos, metodología. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2010 Jan;21(1):130-134
- Rhodes, R. (2020) Justice and Guidance for the COVID-19 Pandemic. *American journal of bioethics* 2020 Jul 2; 20(7):163-166.
- Rueda Barrera, E. A., Caballero Duque, A., Bernal Camargo, D. R., Torregrosa Almonacid, L., Suárez Castro, E. M., Gempeler Rueda, F. E. et al. (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* 2020 May 11; 35(2):281-289.

- Russell, J. A., Williams, M. A, Drogan, O. (2010) Sedation for the imminently dying: Survey results from the AAN Ethics Section. *Neurology* 2010 Apr 20;74(16):1303-1309.
- Serpa Flórez, R. (1991) Tribunales de Ética Médica y Ley 23 de 1981. *Medicina* (Bogotá, Colombia: 1981) 1991 Dec 1,13(4):50-55.
- Schneiderman, L.J., Faber-Langendoen, K. y Jecker, N. S. (1994) Beyond futility to an ethic of care. *The American journal of medicine* 1994; 96(2):110-114.
- Schneiderman, L. (2011) Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *Bioethical Inquiry* 2011 Jun; 8(2):123-131.
- Šarić, L., Prkić, I. y Jukić, M. (2017) *Futile Treatment—A Review*. *Bioethical Inquiry* 2017 Sep; 14(3):329-337.
- The Ethics of Palliative Sedation as a Therapy of Last Resort. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2007 Dec; 23(6):483-491.
- Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., et al. (2008) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical care medicine* 2008; 36(3):953-963.
- Wilkinson, D. Savulescu, J. (2014) A Costly Separation Between Withdrawing and Withholding Treatment in Intensive Care. *Bioethics* 2014;28(3):127-137.
- World Health Organization (2016) *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*.
- Yuguero, O., Esquerda, M. y Pifarre, J. (2018) ¿Limitar o adecuar el esfuerzo terapéutico? *Medicina Clínica* 2018 JUL; 152(5):e27.
- Zurriarán, R. G. (2019) Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética* 2019; 23(2):180-193.