



CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

BIOETHICAL ISSUES OF COVID-19 IN SPAIN. A SYSTEMATIC REVIEW

ÁLVARO SANZ RUBIALES¹ (orcid: 0000-0003-0594-3844)

MARÍA LUISA DEL VALLE RIVERO² (orcid: 0000-0001-9727-5788)

LUIS ALBERTO FLORES PÉREZ³ (orcid 0000-0003-2126-9626)

1. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

3. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales. Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 2. 47012 Valladolid. asrubiales@hotmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Bioética, COVID-19, Priorización

Recibido: 17/02/2024

Aceptado: 25/03/2024

Durante la pandemia COVID-19 se despertaron inquietudes bioéticas e incluso se llegó a vivir un “resurgir de la bioética”. En este trabajo se lleva a cabo una revisión de los artículos científicos publicados por autores españoles en relación con cuestiones bioéticas en los tres años siguientes de la declaración de la pandemia. Se han seleccionado setenta publicaciones. De todas ellas, el tema que se prestó a mayor debate fue el de la priorización en el empleo de recursos sanitarios. Se llegó a un consenso que descartaba que la edad se pudiera considerar como un criterio único de exclusión en la atención sanitaria o en un posible ingreso en UCI. Y se recordó la importancia de cuidar de manera especial a los más vulnerables y de adaptar la asistencia a las condiciones de cada enfermo sin excluir a nadie. Otros temas relevantes fueron el contraste entre autonomía y bien común, el pasaporte inmunitario, la vacunación, el rigor en la investigación y la publicación de resultados, la profesionalidad del personal sanitario, la desinformación, la atención a las residencias de mayores, la telemedicina o la importancia del ejercicio de las virtudes. Tras la experiencia tanto de vulnerabilidad como de la necesidad de ejercer la solidaridad, muchos trabajos plantean el deseo y la posibilidad de poder superar la pandemia siendo mejores.

ABSTRACT:

Keywords:

Bioethics, COVID-19, Prioritization

During the COVID-19 pandemic, bioethical concerns were raised and there was even a “resurgence of bioethics.” In this work, we review the scientific articles published by Spanish authors in relation to bioethical issues in the three years following the declaration of the pandemic. Seventy publications have been selected. Of all of them, the topic that lent itself to the most debate was that of prioritization in the use of health resources. A consensus was reached that ruled out that age could be considered as a sole exclusion criterion in healthcare or in a possible admission to the ICU. And the importance of taking special care of the most vulnerable and adapting care to the conditions of each patient without excluding anyone was recalled. Other relevant topics were the contrast between autonomy and the common good, the immune passport, vaccination, rigor in research and the publication of results, the professionalism of health personnel, misinformation, care for nursing homes, telemedicine, and the importance of the exercise of virtues. After the experience of both vulnerability and the need to exercise solidarity, many works raise the desire and the possibility of being able to overcome the pandemic being better.

1. Introducción

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el COVID-19 como pandemia. No había experiencias previas de cómo manejar una situación epidemiológica de este perfil en el mundo globalizado. Tanto la sociedad en su conjunto como la sanidad, en concreto, tuvieron que afrontar problemas para los que no disponían de una respuesta definida. Los ciudadanos fueron confinados en sus domicilios, en muchos casos sin poder llevar a cabo el trabajo profesional. Los hospitales se vieron en la necesidad de afrontar una demanda asistencial inesperada por una enfermedad casi desconocida y grave, sin tratamiento específico y con una ocupación creciente de camas, también de cuidados intensivos. En esta situación, fue preciso dar respuesta a cuestiones concretas sobre la priorización de recursos y sobre la limitación de la autonomía en pro del bien común.

Antes de la aparición del COVID-19 ya había publicaciones que preveían cuáles podrían ser los problemas bioéticos que surgirían en una pandemia como la sobrecarga asistencial, la falta de recursos —materiales y humanos¹—, el triaje y la selección de pacientes, el riesgo de un planteamiento utilitarista, la profesionalidad y el deber de asistencia, el sufrimiento emocional y moral del personal sanitario o la ética de la investigación². Y también había trabajos que orientaban a cómo afrontarlos: diseñar planes de contingencia con un fundamento y una justificación ética y que se adaptados al medio³, definir criterios de triaje basados en la evidencia, equitativos, objetivos y transparentes, asumir que la restricción en el acceso a UCI debe basarse en parámetros clínicos objetivos (expectativa previa de supervivencia, probabilidad de supervivencia en UCI) y no en la utilidad social, reevaluar las decisiones en función de la evolución o

1 Hamele, M. «Always ready, always prepared—preparing for the next pandemic». *Translational Pediatrics*. 2018; 17(4): 344-355.

2 Leider, J.P.; DeBruin, D.; Reynolds, N.; Koch, A.; Seaberg, J. «Ethical guidance for disaster response, specifically around crisis standards of care: a systematic review». *American Journal of Public Health*. 2017; 107(9): e1-e9.

3 Smith, M.J.; Silva, D.S. «Ethics for pandemics beyond influenza: Ebola, drug resistant tuberculosis, and anticipating future ethical challenges in pandemic preparedness and response». *Morish Bioethics Review*. 2015; 33: 130-147.

centrar la investigación clínica en estudios que puedan tener una repercusión práctica sobre la crisis^{4,5}.

Nos planteamos conocer los problemas bioéticos que afrontaron los profesionales sanitarios en nuestro medio en relación con la pandemia COVID-19. Para ello se ha diseñado una revisión bibliográfica de las publicaciones de autores españoles sobre cuestiones bioéticas en relación con el COVID-19.

2. Metodología

Se ha diseñado una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed, Embase y Scopus. Para ello se ha empleado un criterio de búsqueda amplio con las palabras *ethics* or *bioethics* junto con *COVID* y *Spain* que se corresponde con algoritmos de búsqueda adaptados a cada una de las bases de datos (Tabla 1).

<p>Embase (https://www.embase.com/search/quick)</p> <p>('ethics'/exp OR ethics OR 'bioethics'/exp OR bioethics) AND ('covid'/exp OR covid) AND ('spain'/exp OR spain)</p>
<p>PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)</p> <p>((("ethics"[All Fields] OR "ethical"[All Fields] OR "ethicity"[All Fields] OR "ethically"[All Fields] OR "ethics"[MeSH Terms] OR "ethics"[All Fields] OR "ethic"[All Fields] OR "ethics"[MeSH Subheading] OR ("bioethical"[All Fields] OR "bioethics"[MeSH Terms] OR "bioethics"[All Fields] OR "bioethic"[All Fields])) AND ("sars cov 2"[MeSH Terms] OR "sars cov 2"[All Fields] OR "covid"[All Fields] OR "covid 19"[MeSH Terms] OR "covid 19"[All Fields]) AND ("spain"[MeSH Terms] OR "spain"[All Fields] OR "spain s"[All Fields])) AND (2020/3/1:2023/3/1[pdat])</p>
<p>Scopus (https://www.scopus.com/search/form.uri?zone=TopNavBar&origin=searchbasic&display=basic#basic)</p> <p>TITLE-ABS-KEY ((ethics OR bioethics) AND covid AND spain) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2024</p>

Tabla 1. Algoritmos de búsqueda en las tres bases de datos.

4 Christian, M.D.; Sprung, C.L.; King, M.A.; et al. «Triage. Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement». *Chest*. 2014; 146(Suppl. 4): e615-e745.

5 Daugherty Biddison, L.; Berkowitz, K.A.; Courtney, B.; et al. «Ethical considerations. Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement». *Chest*. 2014; 146(Suppl. 4): e1455-e1555.

La búsqueda comienza por el mes en que el impacto de la COVID-19 fue más evidente y se limita a tres años (1 de marzo de 2020 a 28 de febrero de 2023). El trabajo se centra en nuestro medio y se limita a autores españoles ya que el planteamiento de algunas cuestiones bioéticas puede cambiar en función de la cultura y del lugar. Tras una revisión inicial del título y del resumen se han seleccionado para su lectura y análisis de contenido las publicaciones que se referían de manera relevante a cuestiones éticas relativas a COVID-19.

3. Resultados

3.1. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda se llevó a cabo el 11 de Julio de 2023. Se obtuvieron 540 trabajos de Embase, 341 de PubMed y 100 de Scopus. Del total de 945 publicaciones, 271 estaban repetidas o eran redundantes por lo que no se incluyeron en la valoración. De los 674 trabajos restantes se excluyeron 492 por no hacer una referencia explícita o primaria a cuestiones de bioética, 37 por no tener como tema principal el COVID-19, 63 por tratarse de trabajos de autores mayoritariamente extranjeros y/o referidos a problemas o situaciones propias de otros países. Por último, se excluyeron 12 trabajos que no se presentaban como artículos en revistas científicas sino solo como resumen a Congreso. De este modo se seleccionaron 70 trabajos que forman el núcleo de esta revisión bibliográfica. Las características generales de estas publicaciones se recogen en las Tabla 2, 3 y 4.

Publicados en revistas		
	Bioética y Humanidades	27
	Salud Pública, Calidad, Evaluación	16
	Otras	27
Tipo de publicación		
	Editorial	4
	Guía	2
	Estudio	13
	Experiencia	1
	Comentario	38 (2*)
	Carta	12 (3*)
Tema		
	Revisión de varios temas	18
	Priorización	17
	Autonomía y derechos fundamentales	8
	Investigación y publicación	4
	Pasaporte inmunitario	4
	Profesionalidad	4
	Vacunación	4
	Virtudes	4
	Desinformación	3
	Residencias	3
	Telemedicina	1

Tabla 2. Características de las publicaciones. (*): Publicaciones en réplica.

Año		
	2020	19
	2021	31
	2022	16
	2023	4
Número de autores (mediana) (rango intercuartílico)		2 (1 – 4)
Número de páginas (mediana) (rango intercuartílico)		6 (3 - 9,5)
Publicados en revistas		
	Españolas	34
	Extranjeras	36

Cuadernos de Bioética	7
Gaceta Sanitaria	4
Medicina Clínica	4
Medicina Intensiva	4
Revista Española de Salud Pública	4
Revista Clínica Española	3
Atención Primaria	1
Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica	1
Formación Médica Continuada en Atención Primaria	1
Journal of Healthcare Quality Research (*)	1
Medicina Paliativa	1
Revista de Bioética y Derecho	1
Revista Española de Anestesiología y Reanimación	1
SEMERGEN	1

Tabla 3. Publicaciones en revistas españolas. (*): previamente Revista Española de Calidad Asistencial.

Journal of Medical Ethics	5
Frontiers in Public Health	3
History and Philosophy of the Life Sciences	3
International Journal of Environmental Research and Public Health	3
Nursing Ethics	3
Journal of Clinical Nursing	2
AI Ethics	1
AIDS Reviews	1
Bioethical Inquiry	1
European Cardiology Review	1
European Journal of Clinical Pharmacology	1
International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation	1
International Nursing Reviews	1
Journal of Business Research	1
Journal of Clinical Pharmacology	1
Journal of Evaluation in Clinical Practice	1
Journal of Law and the Biosciences	1
Journal of Religion ad Health	1
Medicine, Health Care, and Philosophy	1
Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine	1
Salud Pública de México	1
Travel Medicine and Infectious Disease	1
Value in Health	1

Tabla 4. Publicaciones en revistas extranjeras.

3.2. Priorización

La priorización y la asignación de recursos, que repercutió desde la atención de patologías que parecían menos relevantes⁶ hasta los ingresos en UCI, ha sido el problema con mayor impacto bioético de la pandemia y se ha considerado como una “crisis dentro de la crisis”⁷. El escenario en numerosos hospitales fue el de una sobrecarga asistencial que amenazaba con superar la capacidad del centro⁸, algo que se podría asimilar a una

6 Porras-Povedano, M.; Santacruz-Hamer, V.; Lomeña-Urbano, D.J. «COVID-19: A look from the perspective of bioethics». *Atención Primaria*. 2021; 53: 114-115.

7 Hernández-Tejedor, A.; Martín-Delgado, M.C. «An ethics crisis within the health crisis due to COVID-19». *Medicina Intensiva*. 2021; 45(9): 563-565.

8 Santillán-García, A.; Ferrer-Arnedo, C. «Consideraciones éticas durante las crisis sanitarias: A propósito de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2». *Revista Española de Salud Pública*. 2020; 94 (9 de noviembre): e1-e8.

medicina de catástrofe^{9,10}. Si en condiciones normales la práctica clínica se basa en la indicación, es decir, en una adecuación formal entre diagnóstico y tratamiento “igual para todos”, en una situación de emergencia la referencia pasa a ser la proporcionalidad equitativa, no igualitarista, que prioriza en función del diagnóstico y de otras variables clínicas¹¹. Esta priorización no es algo nuevo ni exclusivo de la pandemia. El triaje, es decir, clasificar los pacientes según patología y gravedad para orientar no solo el tipo de atención sino la prioridad es una práctica habitual no solo en Urgencias sino en muchos otros servicios, tanto médicos como, sobre todo, quirúrgicos¹². Y también en la priorización de pacientes candidatos a trasplante, con una comisión de expertos que emplea criterios objetivos¹³.

En las primeras semanas de la pandemia no solo se vivió una falta de recursos, sino que se temía que todo el sistema pudiera tensionarse hasta llegar a colapsar a corto plazo. En este escenario se planteó restringir el ingreso en UCI a pacientes de más de ochenta años con intención de optimizar la ocupación de las camas de intensivos¹⁴. Como consecuencia, la mayor parte del debate se centró en el edadismo, es decir, en la discriminación por razón de edad, especialmente de las personas mayores o ancianas¹⁵. También se habló de “capacitismo” ya que se valoró priorizar el ingreso en UCI en función del valor instrumental, lo que supondría excluir a las personas dependientes.

9 Rubio, O., Estella, A.; Cabre, L.; et al. «Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos». *Medicina Intensiva*. 2020; 44(7): 439-445.

10 La vivencia de la pandemia se define en las publicaciones como “emergencia” o “crisis” sanitaria, “tormenta”, “catástrofe”, “desastre” e incluso “guerra”.

11 Faggioni, M.; González-Melado, F.J.; di Pietro, M.L. «National Health System cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications». *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 300-307.

12 Herreros, B.; Gella, P.; Real de Asua, D. «Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(7): 455-458.

13 Hortal-Carmona, J., Padilla-Bernáldez, J.; Melguizo-Jiménez, M.; et al. «La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia». *Gaceta Sanitaria*. 2021; 35(6): 525-533.

14 Hernández-Tejedor y cols., *op.cit.*

15 Rueda, J. «Ageism in the COVID-19 pandemic: age-based discrimination in triage decisions and beyond». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(3): 91.

Se debatió cómo aplicar el principio bioético de justicia en la asignación de recursos. Por una parte, se podría defender una igualdad global de todos los pacientes, lo que llevaría a que las camas de UCI se ocuparan por orden de llegada. Desde otra perspectiva, se podría entender la edad como un criterio igualitarista “de mínimos”: todos tendrían derecho a recibir asistencia hasta llegar a una expectativa de vida suficiente (como podrían ser, por ejemplo, los setenta años)¹⁶ pero a partir de ahí la sociedad ya no se vería obligada a poner los medios que les permitieran cumplir más años... En muchos casos se tomaron como referencia para guiar la priorización los criterios que sugiere Emanuel¹⁷: maximizar el beneficio, mantener una actitud igualitaria, tener en cuenta el valor instrumental y proteger a las personas vulnerables. Finalmente, el consenso se alcanzó en repartir los recursos de manera equitativa en función de las necesidades y de las capacidades de modo que la edad nunca fuese un criterio único de exclusión. Para ello se debería tener en cuenta la situación basal del paciente, la gravedad del proceso actual, la expectativa de beneficio de un ingreso en UCI e incluso la posible duración de esta estancia¹⁸. De cara a decidir el posible ingreso de un paciente en intensivos se recomendó que estas variables se valoraran con escalas objetivas que tuvieran en cuenta tanto la situación y la expectativa vital previa del paciente como el proceso clínico actual, sin olvidar que prácticamente todas ellas incluyen entre sus variables la edad¹⁹. Este proceso genera confianza²⁰ si se plantea como objetivo, transparente, con flexibilidad para individualizar y reevaluar decisiones²¹, con respeto a los valores de los ancianos y los de las personas vulnerables²² y, además, en

comités interdisciplinares^{23,24} abiertos incluso a familiares de pacientes²⁵. Para mantener la objetividad, se aconsejaba tener en cuenta cómo se hubiera manejado esta situación hace un año, es decir, qué se hubiera decidido al margen de la pandemia²⁶.

Una manera de prevenir el edadismo sería reconocer y respetar la autonomía de las personas mayores, también las atendidas en residencias, de modo que se les facilite información sobre su proceso, adaptada a sus condiciones, que les permita participar en la toma (adelantada) de decisiones²⁷. Pero, a la vez, se debería evitar promover un perfil de “anciano altruista” que cede sus derechos sanitarios (como esa cama de UCI) en favor de personas más jóvenes²⁸. Esta decisión admirable en circunstancias excepcionales podría llegar a transformarse en una referencia de lo que debería ser un buen ciudadano solidario y generar una presión psicológica en los mayores para que no exijan lo que en justicia les corresponde. Un edadismo que resta valor a la persona anciana y, por ello, vulnerable, podría favorecer un clima social de desprecio a la vida dependiente y/o falta de utilidad social y con ello la implantación de normativas orientadas a la eutanasia²⁹.

En las primeras semanas de pandemia, se generaron protocolos y guías prácticas desde los propios hospitales como ayuda en la toma de decisiones. Más adelante se publicaron guías de comités de bioética de ámbito más amplio³⁰. Estas directrices recalcaron que no se debía asumir un límite de edad como criterio único de exclusión y recordaron la importancia de proteger al vulnerable. También señalaron que cualquier priorización se puede

16 *Ibid.*

17 Emanuel, E.J.; Persad, G.; Upshur, R.; et al. «Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19». *The New England Journal of Medicine*. 2020; 382: 2049-2055.

18 Monzón Marín, J.L.; Couceiro Vidal, A. «Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia COVID-19». *Medicina Intensiva*. 2021; 45(6): 381-382.

19 Herreros y cols., *op.cit.* 2020.

20 Bellver Capella, V. «Bioética, derechos humanos y COVID-19». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 167-182.

21 Gamboa-Antiñolo, F.M. «Tiempo de COVID-19: ética en tiempos de crisis». *Revista Clínica Española*. 2021; 221(3): 184-185.

22 Martínez-Sellés, D.; Martínez-Sellés, H.; Martínez-Sellés, M. «Ethical issues in decision-making regarding the elderly affected by Coronavirus disease 2019: An expert opinion». *European Cardiology Review*. 2020; 15: e48.

23 Rubio, O., Cabré, L.; Estella, A.; Ferrer, R. Respuesta a «Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia». *Medicina Intensiva*. 2021; 45(6): 382.

24 Herreros y cols., *op.cit.* 2020..

25 Herreros, B., Ruiz de Luna, R.; de la Calle, N.; et al. «Operation of a triage committee for advanced life support during the COVID-19 pandemic». *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2022; 17(1): 5.

26 Herreros y cols., *op.cit.* 2020.

27 Martínez-Sellés y cols., *op.cit.*

28 Rueda y cols., *op.cit.*

29 Salinas Mengual, J. «Relationship between COVID-19, Euthanasia and old age: A study from a legal-ethical perspective». *Journal of Religion and Health*. 2021; 60(4): 2250-2284.

30 Ruiz-Hornillos, J., Hernández Suárez, P.; Marín Martínez, J.M.; et al. «Bioethical concerns during the COVID-19 pandemic: What did Healthcare Ethics Committees and Institutions State in Spain?» *Frontiers in Public Health*. 2021; 9: 737755.

entender desde una triple perspectiva: clínica, ética y legal³¹ (esta última exige una normativa específica para discriminar o restringir derechos^{32,33}). Los profesionales sanitarios y las sociedades científicas pueden aportar conocimientos técnicos, pero no deben excluir a pacientes de los tratamientos que se consideren indicados ya que solo los poderes públicos pueden restringir el acceso a los recursos sanitarios adecuados³⁴.

De cara a prevenir una posible dicotomía “UCI o nada” se debería disponer de alternativas que permitieran evitar que el paciente pueda percibir abandono asistencial³⁵, como unos cuidados intermedios con ventilación mecánica no invasiva, y, para todos los que pudieran necesitarlo, una atención paliativa accesible y eficaz.

3.3. Autonomía y bien común

Aunque se reconoce la legitimidad de la autoridad para limitar libertades en situaciones de necesidad³⁶, las restricciones de movilidad llevaron a que muchas personas tuvieran que padecer el COVID-19 en soledad y a que los procesos de duelo se vivieran en aislamiento y sin el apoyo y el consuelo de familiares y amigos³⁷. El deber de esta autoridad es, en efecto, minimizar riesgos en la población y, en esta línea, evitar, por ejemplo, la “estrategia sueca” que desaconsejaba el confinamiento para poder “inmunizar por sobreexposición”³⁸.

Las medidas que fue preciso adoptar durante la pandemia se han planteado como un dilema entre dos

alternativas³⁹: “salud o libertad”⁴⁰, es decir, seguridad y protección en vez de autonomía y privacidad⁴¹. E incluso se ha llegado incluso a restringir el acceso a los padres para cuidar de niños prematuros en unidades de intensivos, al considerar que el beneficio de minimizar el riesgo de contagio, por el bien del niño, tenía más peso que el contacto con ambos progenitores⁴². Aunque para algunos autores se trata de un dilema falso ya que se debería optar por las dos a la vez, los autores diferentes se inclinan por una de las dos alternativas: o bien la autonomía, ya que entienden que cada persona debe actuar de manera responsable^{43,44}, o bien la necesidad de cumplir —con actitud responsable y resiliente— las medidas impuestas para evitar daños a otras personas⁴⁵.

A pesar de las expectativas que despertaron las primeras vacunas, una parte de la población las recibió con una desconfianza que se fundamentaba en la rapidez con que se diseñaron y comenzaron a emplearse y el miedo a posibles efectos secundarios. Sin contar con que una proporción de la ciudadanía tenía una actitud negacionista del COVID-19, su impacto, su gravedad y en ocasiones su mera existencia^{46,47}. La actitud institucional fue la de respetar la decisión autónoma de cada individuo de cara a recibir o no la vacuna, también entre los trabajadores sanitarios⁴⁸. E incluso a una parte de la población se le dio la opción de recibir la segunda dosis de vacuna

31 Ruiz-Hornillos, J., Albert, M.; Real de Asua, D.; Herrera Abián, M.; de Miguel Beriain, I.; Guillén-Navarro, E. «Priorización de recursos sanitarios en contextos de escasez. Informe SESPAS 2022». *Gaceta Sanitaria*. 2022; 36: 551-55.

32 Hernández-Tejedor y cols., *op.cit.*

33 Ruiz-Hornillos y cols., *op.cit.* 2021.

34 de Montalvo Jääskeläinen, F. «Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID-19». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 151-165.

35 Rubio y cols., *op.cit.* 2020.

36 Porrás-Povedano y cols., *op.cit.*

37 Martínez-Sellés y cols., *op.cit.*

38 Vivanco, L. «UNESCO sobre el COVID-19: directrices éticas para una respuesta global». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 269-273.

39 Marco-Franco, J.E., Pita-Barros, P.; Vivas-Orts, D.; González-De-Julián, S.; Vivas-Consuelo, D. «COVID-19, fake news, and vaccines: Should regulation be implemented?» *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(2): 1-11.

40 Macip, S.; Yuguero, O. «Individual freedom in the initial response to Covid-19». *Frontiers in Public Health*. 2022; 10: 765016.

41 Bellver Capella, *op.cit.*

42 Jiménez Flores, J.; Román Maestre, B. «El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia». *Revista de Bioética y Derecho*. 2020; 50: 167-188.

43 Benach, J. «We must take advantage of this pandemic to make a radical social change: The coronavirus as a global health, inequality, and eco-social problem». *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*. 2021; 51: 50-54.

44 Royo-Bordonada, M.A., García-López, F.J.; Cortés, F.; Zaragoza, G.A. «Face masks in the general healthy population. Scientific and ethical issues». *Gaceta Sanitaria*. 2021; 35(6): 580-584.

45 Pastor, L.M. «COVID-19: resiliencia y temple éticos». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(104): 11-14.

46 Marco-Franco y cols., *op.cit.* al.

47 Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. [Publicación en línea] «Informe sobre las tesis negacionistas a propósito de la pandemia COVID19 producida por el virus SARS-CoV-2». Septiembre de 2020 <<https://www.cgcom.es/media/1230/download>> [Consulta: 20/11/2023].

48 Porrás-Povedano y cols., *op.cit.*

del mismo tipo y marca que la primera (lo recomendado oficialmente) o diferente (lo que permitiría ampliar el perfil de inmunidad y, tal vez, reducir el riesgo de efectos secundarios graves). En contra de la recomendación oficial, la mayoría optó de manera autónoma, previa firma de un consentimiento informado, por recibir el mismo tipo de vacuna que en la primera dosis⁴⁹.

La autonomía en ocasiones se plantea desde una perspectiva individualista anglosajona con un ejemplo paradigmático que sería el protagonista independiente, autosuficiente y autorreferencial de las películas del oeste. La pandemia, sin embargo, ha sugerido una visión más relacional y personalista^{50,51} de la autonomía que no se contradicen con la solidaridad, una solidaridad que, más que como una posibilidad, se debería entender como un *deber perfecto* kantiano que no admitiría excepciones a su cumplimiento⁵².

3.4. Pasaporte inmunitario

El “pasaporte inmunitario” sería un documento sanitario que justificaría la libertad de desplazamiento del ciudadano en función del riesgo de transmisión del virus. Aunque la valoración ética de este “pasaporte” es positiva en líneas generales^{53,54} puede afectar principios como el de justicia, que lleva a tratar de una manera igualitaria los derechos elementales de las personas, independientemente de su estado de salud o de su situación serológica, y el de autonomía que lleva a no restringir la libertad de movimientos de las personas o la privacidad del estado de salud. Hace años las personas infectadas por VIH ya vivieron una limitación de dere-

chos para desplazarse a ciertos países⁵⁵ o incluso cierta estigmatización en la atención sanitaria⁵⁶. Restringir la posibilidad de viajar a otros países en función de la situación vacunal limitaría la libertad de movimientos de ciudadanos que libremente -no solo por *negacionismo*- optan por no vacunarse. Y recortaría la movilidad de grupos sociales, como los niños, que accedieron tarde a las vacunas. Y un acceso restringido al “pasaporte” podría llevar a que alguno procurase contagiarse para asegurar un estado inmunitario que le permitiera mayor movilidad⁵⁷.

Sin olvidar que el que una persona tenga bajo riesgo de contagio —por un estudio diagnóstico reciente negativo (PCR o antígenos), por de haber superado la infección o por estar vacunado⁵⁸— no garantiza que no pueda transmitir del virus⁵⁹.

3.5. Vacunación

La reacción inicial cuando se tuvo acceso a las vacunas fue paradójica. Mientras una mayoría se encontraba expectante —“¿cuándo me tocará a mí?”⁶⁰— otros se mostraban desconfiado, sobre todo en cuanto a la seguridad y los posibles efectos secundarios⁶¹. De modo que el debate sobre las vacunas se centró en su obligatoriedad, que podría limitarse a profesionales sanitarios y trabajadores de residencias de mayores⁶² o ser universal, para ayudar a alcanzar la inmunidad de rebaño⁶³. Se optó por considerar que no debía ser

49 Dal-Ré, R.; Farré, M.; Lucena, M.I. «Heterologous COVID-19 Vaccination in Spain: A case study of individual autonomy in the real world». *Value in Health*. 2022; 25(5): 770-772.

50 Gómez-Virseda, C.; Amo Usanos, R. «Relational autonomy: lessons from COVID-19 and twentieth-century philosophy». *Medicine, Health Care, and Philosophy*. 2021; 24(4): 493-505.

51 Faggioni y cols., *op.cit.*

52 Puyol, A. «El papel de la solidaridad en una pandemia». *Revista Española de Salud Pública*. 2022; 96: e202210072.

53 Arias-Oliva, M, Pelegrín-Borondo, J.; Almahameed Ala, A.; de Andrés-Sánchez, J. «Ethical attitudes toward COVID-19 passports: evidences from Spain». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(24): 13098.

54 de Miguel Beriain, I.; Rueda, J. «Digital Covid certificates as immunity passports: an analysis of their main ethical, legal, and social issues». *Bioethical Inquiry*. 2022; 19(4): 635-642.

55 Manuel, C.; P Enel, P.; Charrel, J.; et al. «The ethical approach to AIDS: a bibliographical review». *Journal of Medical Ethics*. 1990; 16: 14-27.

56 de Miguel Beriain, I.; Rueda, J. «Immunity passports, fundamental rights and public health hazards: a reply to Brown et al». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(10): 660-661.

57 de Miguel Beriain y cols., *op.cit.* 2022.

58 de Miguel Beriain, I. «We should not vaccinate the young to protect the old: a response to Giubilini, Savulescu, and Wilkinson». *Journal of Law and the Biosciences*. 2021; 8(1): Isab015.

59 de Miguel Beriain, I.; Rueda, J. «Vaccination certificates, immunity passports, and test-based travel licences: Ethical, legal, and public health issues». *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2021; 42: 102079.

60 Román Maestre, B. «Vaccines against COVID-19 and ethics: when will it be my turn?» *Journal of Healthcare Quality Research*. 2021; 36(2): 57-58.

61 Marco-Franco y cols., *op.cit.*

62 Parker, M., Bedford, H.; Ussher, M.; Stead, M. «Should covid vaccination be mandatory for health and care staff?» *The British Medical Journal*. 2021; 374: n1903.

63 Marco-Franco y cols., *op.cit.*

obligatoria para toda la población. Esta deliberación contrastó la ética normativa (“de tercera persona”) que exige cumplir “lo que hay que hacer” y la ética de la virtud, de la convicción y de la responsabilidad (“de primera persona”) en que el ciudadano formado es el que debe ser capaz de decidir⁶⁴.

Se consideró, en todo caso, prudente priorizar la vacunación del personal sanitario por el riesgo asumido y por la necesidad de que pueda continuar atendiendo pacientes⁶⁵. Y se recordó la obligación deontológica de este personal sanitario de asumir un papel ejemplar en la vacunación⁶⁶.

Una cuestión concreta fue la posibilidad de vacunar a niños para reducir en ellos el riesgo de infección y contagio y aumentar la seguridad de los ancianos⁶⁷. La idea es que no se debe instrumentalizar a las personas, menos aún con una técnica que no está totalmente exenta de riesgos —ni garantiza el bloqueo del contagio—, y en una población vulnerable como los niños, especialmente cuando hay alternativas razonables como el aislamiento.

La experiencia de los errores en la asignación de recursos en las etapas iniciales del COVID-19 sirvió para actuar de manera adecuada en la distribución de las vacunas⁶⁸. Una vez que estuvieron disponibles, se distribuyeron de acuerdo con criterios previos y transparentes que priorizaban a los más vulnerables —por edad y/o por patología de base— y al personal que debería atenderlos: sanitarios y profesionales de residencias de mayores⁶⁹. Incluso se llegó a proponer optimizar el modelo global de distribución de manera que primara antes la llegada a los profesionales que a los distintos países⁷⁰.

3.6. Rigor en la investigación y en la publicación de resultados

En estas primeras fases de la pandemia hubo problemas añadidos en la implementación de estudios clínicos por la extrema gravedad de algunos enfermos o el acceso restringido por las medidas de aislamiento. La respuesta por parte de los comités éticos de investigación fue facilitar los trámites permitiendo consentimientos verbales y gestionando los proyectos con agilidad mediante reuniones virtuales frecuentes⁷¹.

Se recordó que para justificar un ensayo clínico con distribución aleatorizada entre dos brazos (como los que se realizaron con vacunas), es preciso que la expectativa de beneficio del brazo experimental —el de la vacuna— sea al menos similar a la del brazo control⁷². Y si se comprueba que la vacuna es eficaz se debería que permitir que las personas asignadas al brazo control puedan acceder a ella, aunque eso suponga perder información⁷³. También se ha tratado de la ética de la investigación de vacunas en niños⁷⁴, y de la posibilidad de que los ensayos en el tercer mundo pudieran ser una vía de acceso a las vacunas en poblaciones con menos recursos, como ya sucedió con el SIDA⁷⁵.

Durante la pandemia fue evidente la necesidad de investigar y publicar resultados. Al compromiso ético de investigar se añadía la urgencia de la situación de crisis. Esta presión y esta urgencia llevaron a presentar los originales en plataformas virtuales antes de ser revisados por pares y aceptados para publicación. En esta situación

64 Segura, A. «La COVID-19 y la atención primaria y comunitaria: algunas consideraciones deontológicas». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2020; 27(10): 505-507.

65 González-Melado, F.J.; di Pietro, M.L. «La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional». *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2021; 39(10): 510-515.

66 Martín-Fumadó, C.; Aragonès, L.; Esquerda Areste, M.; Ariany-Manso, J. «Reflexiones médico-legales, éticas y deontológicas de la vacunación de COVID-19 en profesionales sanitarios». *Medicina Clínica*. 2021; 157(2): 79-84.

67 de Miguel Beriain, *op.cit.*

68 Ruiz-Hornillos y cols., *op.cit.* 2022.

69 Real de Asua, D.; Fins, J.J. «Should healthcare workers be prioritised during the COVID-19 pandemic? A view from Madrid and New York». *Journal of Medical Ethics*. 2022; 8: 397-400.

70 Alós-Ferrer, C.; García-Segarra, J.; Ginés-Vilar, M. «Ethical

allocation of scarce vaccine doses: The priority-equality protocol». *Frontiers in Public Health*. 2022; 10: 986776.

71 Cervera Barajas, A.; Saldaña Valderas, M. «Investigación clínica y consentimiento informado en época de pandemia COVID-19. Una visión desde la ética de la investigación». *Medicina Clínica*. 2021; 157(9): e307-e308.

72 Dal-Ré, R. «Clinical equipoise in COVID-19 vaccine candidate trials». *Journal of Clinical Pharmacology*. 2021; 61(9): 1249-1250.

73 Dal-Ré, R. «Placebo control group in COVID-19 vaccine trials: context and timing matters». *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2022; 78(3): 523-526.

74 Cabiedes-Miragaya, L.; Galende-Domínguez, I. «COVID-19 vaccines: a look at the ethics of the clinical research involving children». *Journal of Medical Ethics*. 2022; 48: 666-671.

75 Cruz-Piqueras, M.; Hortal-Carmona, J. «La historia se repite: una ética para dos pandemias». *Revista Española de Salud Pública*. 2022; 96: e202210063.

pudo llevar a perder rigor científico porque la *prepublicación* se confundía con la publicación real⁷⁶.

3.7. Profesionalidad del personal sanitario

Los profesionales sanitarios afrontaron el trabajo durante la pandemia de una manera ejemplar⁷⁷, en la primera ola los con falta de conocimientos y de recursos y en las siguientes asumiendo la sobrecarga de trabajo⁷⁸. En el equilibrio entre responsabilidad profesional y seguridad, hasta para uno de cada cuatro estaba dispuesto a atender a pacientes con COVID-19 incluso aunque no se dispusiera de EPIs, lo que supone asumir un riesgo más allá de los compromisos deontológicos^{79,80}.

Además, el análisis de la actuación de estos profesionales ha motivado una reflexión sobre la situación de la sanidad y de sus profesionales en España⁸¹. Estos profesionales han vivido, durante la pandemia, conflictos éticos en la atención al final de la vida, en ocasiones con limitaciones en la sedación paliativa, la futilidad de algunos tratamientos, la retirada de las medidas de soporte, la percepción de “falta de humanidad”, la falta de recursos (como los EPIs), el desconocimiento y la falta de formación, la inexperiencia⁸², la descoordinación y los problemas de organización⁸³,

la falta de liderazgo⁸⁴ y, por supuesto, “las prisas”⁸⁵. El personal de enfermería sufrió especialmente con la restricción de acceso a los pacientes y por su soledad. Todo en un escenario de miedo al contagio y de percepción de falta de apoyo institucional⁸⁶. Se vivió un alto nivel de autoexigencia personal y profesional y de sobrecarga emocional. En algunos profesionales la percepción de incapacidad para cumplir las obligaciones se tradujo en remordimiento⁸⁷. Entre los medios que podrían haber ayudado a los profesionales a afrontar esta situación se encuentran el conocimiento de la enfermedad, la participación en la toma de decisiones, la comunicación y el apoyo en el equipo y la formación previa en bioética⁸⁸.

3.8. Desinformación

El derecho a la libertad de expresión y de información no se debe limitar en una pandemia (Bellver Capella, 2020). Pero en los primeros momentos del COVID-19, con el estrés y la angustia del confinamiento, se generó una gran disponibilidad para la comunicación a distancia, no solo a través de televisión o radio sino mediante Internet y redes sociales, que permitía compartir noticias de manera universal en tiempo real⁸⁹. Esta situación fue caldo de cultivo para la aparición y la propagación de noticias falsas y bulos, *fake news*^{90,91}. Esto facilitó una

76 Mayo-Yáñez, M. «Research during SARS-CoV-2 pandemic: To “Preprint” or not to “Preprint”, that is the question». *Medicina Clínica*. 2020; 155(2): 86-87.

77 Muñoz-Rubilar, C.A., Pezoa Carrillos, C.; Mundal, I.P.; de las Cuevas, C.; Lara-Cabrera, M.L. «The duty to care and nurses’ well-being during a pandemic». *Nursing Ethics*. 2022; 29(3): 527-539.

78 Falcó-Pegueroles, A., Bosch-Alcaraz, A.; Terzoni, S.; et al. «COVID-19 pandemic experiences, ethical conflicts and decision-making process in critical care professionals (Quali-Ethics-COVID-19 research part 1): An international qualitative study». *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(15-16): 5185-5200.

79 Beltran-Aroca, C.M.; González-Tirado, M.; Girela-López, E. «Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2)». *SEMERGEN*. 2021; 47(2): 122-130.

80 Santana-López, B.N., Santana-Padilla, Y.G.; González-Martín, J.M.; Santana-Cabrera, L. «Commitment and responsibility of health professionals in a region of Spain during the Covid-19 pandemic». *Salud Pública de México*. 2020; 62(6): 868-869.

81 Esquerda Montserrat, T.J. «COVID-19 pandemic, professionalism, and the social contract». *Revista Clínica Española*. 2021; 221(8): 494-495.

82 Palacios-Ceña, D., Velarde-García, J.F.; Mas Espejo, M.; et al. «Ethical challenges during the COVID-19 pandemic: Perspectives of nursing students». *Nursing Ethics*. 2022; 29(2): 264-279.

83 Falcó-Pegueroles y cols., *op.cit.* 2023a

84 Allal-Chérif, O., Guijarro-García, M.; Ballester-Miquel, J.C.; Carrilero-Castillo, A. «Being an ethical leader during the apocalypse: Lessons from the walking dead to face the COVID-19 crisis». *Journal of Business Research*. 2021; 133: 354-364.

85 Falcó-Pegueroles, A., Zuriguel-Pérez, E.; Via-Clavero, G.; et al. «Ethical conflict during COVID-19 pandemic: the case of Spanish and Italian intensive care units». *International Nursing Reviews*. 2021; 68(2): 181-188.

86 Caro-Alonso, P.A., Rodríguez-Martín, B.; Rodríguez-Almagro, J.; et al. «Nurses’ perceptions of ethical conflicts when caring for patients with COVID-19». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(6): 4763.

87 Muñoz-Quiles, J.M., Ruiz-Fernández, M.D.; Hernández-Padilla, J.M.; Granero-Molina, J.; Fernández-Sola, C.; Ortega-Galán, A.M. «Ethical conflicts among physicians and nurses during the COVID-19 pandemic: A qualitative study». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2023; 29(1): 117-125.

88 Falcó-Pegueroles, A., Viola, E.; Poveda-Moral, S.; et al. «Protective factors of ethical conflict during a pandemic-Quali-Ethics-COVID-19 research part 2: An international qualitative study». *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(17-18): 6677-6689.

89 Monasterio Astobiza, A. «Science, misinformation and digital technology during the Covid-19 pandemic». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(2): 68.

90 Marco-Franco y cols., *op.cit.*

91 Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, *op.cit.*

pérdida aún mayor de confianza que llevó a que un sector de la población recelara de las imposiciones, orientadas intencionalmente hacia el bien común⁹². La actitud de rechazo y negación del COVID-19 era a la vez causa y consecuencia del rechazo del sistema que se estimaba que no había actuado con la transparencia necesaria o no había sabido generar canales fiables para acceder, comunicarse y explicarse ante ciudadano⁹³.

“La desinformación mata” (*disinformation kills*)⁹⁴. Y si no “mata” sí que repercute, cuando menos, de manera muy negativa en la salud de tantas personas que, como ha sucedido con el COVID-19, dejan de poner los medios para prevenir la enfermedad. En estas situaciones de crisis resulta aún más relevante el deber deontológico del sanitario de transmitir la información sobre las enfermedades de una manera veraz y comprensible⁹⁵.

3.9. Atención en residencias de mayores

En las residencias de mayores se cuida a personas vulnerables en un ambiente de convivencia y relación para que mantengan sus capacidades físicas y mentales el mayor tiempo posible. Pero son centros que presentan una mortalidad anual cercana al 20% y en que más de la mitad de los residentes cumplen criterios de paciente complejo⁹⁶. De ahí que ser atendido en una residencia, es decir, estar “institucionalizada”, se haya podido entender como un estigma que lleva a minimizar las medidas asistenciales y a orientar la actitud hacia un perfil más minimalista y de cuidados⁹⁷.

La pandemia puso en evidencia algunas de las limitaciones de las residencias, sobre todo en personal y medios materiales. Pero estas limitaciones no justifican esa primera imagen de las residencias como un escenario de

desastre en que las personas mayores estaban abocadas de manera irreversible a fallecer en una situación de desatención y abandono. Al contrario, la experiencia fue que en muchos casos el sufrimiento en las residencias se debió al aislamiento⁹⁸. Y hay ejemplos que muestran una atención adecuada en residencias especialmente castigadas⁹⁹, también con la colaboración de personal sanitario que en ese momento no era tan necesario en los hospitales¹⁰⁰. Como consecuencia de esta experiencia, se han sugerido medidas para afrontar situaciones similares con una sistemática que alcance a residentes, familias, equipo asistencial, recursos e instituciones¹⁰¹.

3.10. Telemedicina

La telemedicina como asistencia médica a distancia no era algo desconocido cuando llegó la pandemia. Pero la necesidad de atender a los pacientes durante el confinamiento llevó a que se asumiera como un estándar asistencial, sobre todo en Atención Primaria¹⁰². Si el estándar asistencial es una atención médica personal y directa, la telemedicina solo tiene sentido como un complemento y no como una alternativa. Y para poder llevarla a cabo se tiene que respetar la autonomía del paciente y garantizar la privacidad y el secreto médico¹⁰³.

Aunque el desarrollo deontológico y legal es limitado, una telemedicina implementada fuera de unas normas éticas puede resultar discriminadora. Puede darse una *discriminación elitista* si está condicionada al acceso y la comprensión de las tecnologías de la información y de la comunicación, ya que la “brecha digital” dejaría sin acceso real a esta tecnología a una parte de la po-

92 Cortés, U, Cortés, A.; Garcia-Gasulla, D.; Pérez-Arnal, R.; Álvarez-Napagao, S.; Álvarez, E. «The ethical use of high-performance computing and artificial intelligence: fighting COVID-19 at Barcelona Supercomputing Center». *AI Ethics*. 2022; 2(2): 325-340.

93 González-Melado y cols., *op.cit.*

94 Palomo, M. «How disinformation kills: philosophical challenges in the post-Covid society». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(2): 51.

95 Marco-Franco y cols., *op.cit.*

96 Amblàs-Novellas, J.; Gómez-Batiste, X. «Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19». *Medicina Clínica*. 2020; 155(8): 356-359.

97 Hortal-Carmona y cols., *op.cit.*

98 Coronado-Vázquez, V, Castro-Martín, J.; Cámara-Escribano, C.; Gómez-Salgado, J.; Martín-López, C.; García-Iglesias, J.J. «Dimensiones éticas de la prevención y planificación en los centros socio-sanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19): una emergencia de salud pública». *Revista Española de Salud Pública*. 2020; 94 (7 de septiembre): e1-e8.

99 Boceta-Osuna, J.; García-Llana, H.; Altisent, R. «Reflexiones éticas desde la experiencia práctica de la crisis COVID-19». *Medicina Paliativa*. 2020; 27(3): 255-262.

100 Arévalo, A., Armentia, A.; Blanco, B.; et al. «Una respuesta ética en la atención a residencias de ancianos en la pandemia Covid-19». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 223-229.

101 Coronado-Vázquez y cols., *op.cit.*

102 Hortal-Carmona y cols., *op.cit.*

103 Gil Membrado, C., Barrios, V.; Cosín-Sales, J.; Gámez, J.M. «Telemedicina, ética y derecho en tiempos de COVID-19. Una mirada hacia el futuro». *Revista Clínica Española*. 2021; 221(7): 408-410.

blación, normalmente de más edad y más vulnerable¹⁰⁴. Pero puede haber también una *discriminación de des-carte* si la telemedicina se orienta a territorios o personas de difícil acceso y se les presenta como un estándar asistencial que justifique una menor atención presencial.

3.11. Ejercicio de virtudes

Hay publicaciones que señalan qué virtudes se consideran necesarias para afrontar y superar la pandemia. La humildad como reconocimiento de nuestra vulnerabilidad —a pesar del gran desarrollo técnico— es una de ellas¹⁰⁵. Otras virtudes que pueden ayudar a reducir la diseminación del COVID-19 serían tanto la resiliencia como la templanza en el carácter para adaptarse a las nuevas circunstancias y harían más fácil asumir una ética de la virtud y la responsabilidad (ética “de primera persona”) sin necesitar una ética normativa o coercitiva (ética “de tercera persona”). Junto a ellas se encuentran valores como la responsabilidad de los propios actos y la solidaridad con los demás, sobre todo los más vulnerables.

Mención aparte merece el reconocimiento del ejercicio tanto de compromiso¹⁰⁶ como de virtudes -responsabilidad, fortaleza, constancia, generosidad...- por parte del personal sanitario durante la pandemia¹⁰⁷, que sirvieron de ejemplo y acicate para toda la sociedad.

3.12. Otras cuestiones

- Dentro de la crisis del COVID-19 no han faltado manifestaciones de “mesianismo médico”. Ha sucedido tanto con profesionales concretos como con sociedades científicas que han asumido funciones que no le son propias¹⁰⁸. La situación de urgencia ha sido la justificación para obviar las medidas de prudencia y para actuar sin el suficiente respaldo en la evidencia científica.

- En la toma de decisiones durante la pandemia se ha diluido la frontera entre los representantes de la voluntad popular y los técnicos. Se ha obviado la diferencia entre asesorar y legislar hasta el punto de que ha parecido más fiable que las decisiones políticas fueran presentadas por “expertos”. Restringir la atención sanitaria al ámbito puramente técnico lleva a que las cuestiones bioéticas se polaricen en alternativas extremas y excluyentes¹⁰⁹.
- La pandemia ha dejado constancia de cómo los recursos éticos han apoyado la labor asistencial¹¹⁰, pero también ha llevado a tomar conciencia de la falta de estos recursos consultivos o, al menos, del olvido de los profesionales sobre su existencia.

3.13. ¿Qué hemos aprendido? Estábamos preparados?

Guías y recomendaciones anteriores a la pandemia ya indicaban cuáles podrían ser los problemas éticos en una situación como la que se vivió: sobrecarga asistencial, falta de recursos materiales y humanos, problemas de asignación de recursos, de triaje y selección de pacientes, utilitarismo, profesionalidad y deber de asistencia, sufrimiento emocional moral de los profesionales, ética de la investigación^{111,112}. Aun así, prácticamente todos ellos surgieron y nos sorprendieron durante el COVID-19. Y es posible que en todo ello influya, junto a la falta de decisión y de liderazgo, una situación mantenida de recortes en el gasto sanitario¹¹³. Es lógico que la enseñanza sea la de evitar repetir estos errores.

3.14. Volver a valorar a la persona vulnerable

La cuestión ética de mayor peso durante la pandemia fue la priorización. Una situación en que los profesionales tuvieron que adoptar decisiones antes de que las tomaran los gestores¹¹⁴. La enseñanza ha sido que el clínico solo debe adaptar las decisiones a la situación

104 Beltrán-Aroca y cols., *op.cit.*

105 Marcos, A. «Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 139-149.

106 González-Pando, D., González-Nuevo, C.; González-Menéndez, A.; Alonso-Pérez, F.; Cuesta, M. «The role of nurses' professional values during the COVID-19 crisis». *Nursing Ethics*. 2022; 29(2): 293-303.

107 Santana-López y cols., *op.cit.*

108 Hernández-Tejedor y cols., *op.cit.*

109 de Montalvo Jääskeläinen, *op.cit.*

110 Ruiz- Hornillos y cols., *op.cit.* 2021.

111 Leider y cols., *op.cit.*

112 Hamele y cols., *op.cit.*

113 Faggioni y cols., *op.cit.*

114 Hernández-Tejedor y cols., *op.cit.*

clínica: el clínico no limita, sino que evita lo que considera fútil. El primer impulso utilitarista —capacitista o edadista¹¹⁵— se superó con la enseñanza de que en la atención sanitaria “la eficiencia no basta”¹¹⁶ porque hay otros valores a tener en cuenta. Ha quedado claro que nunca se puede excluir de la atención sanitaria por un motivo único de edad, se ha reafirmado la importancia de cuidar al vulnerable y se ha recordado la importancia de facilitar cuidados paliativos de calidad en el final de la vida¹¹⁷.

La pandemia nos ha llevado también a replantear el contraste entre la autonomía personal y el bien común, en este caso la salud de los demás, la salud pública¹¹⁸, y a entender que una autonomía que no es individualista y que integra el valor de la solidaridad es perfectamente compatible con el bien común.

3.15. Trabajar bien

Es preciso cuidar el modo de trabajar. La ética es algo que está unido intrínsecamente a la persona y a su trabajo, más aún en la sanidad, aunque en ocasiones no tengamos conciencia de ello. Darse cuenta de que el trabajo no se lleva a cabo tan bien como se debería, que no cumple unos principios éticos, repercute en las esferas más profundas de la persona. Por ello, los conflictos éticos de los profesionales sanitarios se viven como estrés emocional y sufrimiento espiritual. Por ello es lógico que se aconsejable facilitar a los profesionales una formación que les permita disponer de recursos éticos para afrontar conflictos¹¹⁹.

Las prisas son malas consejeras. En la metodología de los trabajos científicos y de las publicaciones, cuando por la prisa se perdió rigor se hizo un flaco favor a la comunidad científica y a los pacientes. Igual que un escenario de pandemia no rebaja los estándares éticos, las prisas no deberían repercutir de manera negativa en el rigor de la investigación y de las publicaciones¹²⁰.

La telemedicina solo tiene cabida si se entiende como un complemento y no como una alternativa a la asistencia sanitaria directa, personal y presencial. Si no, se corre el riesgo de que sea un modo de apartar al paciente y sus problemas para realizar una atención técnica, aséptica y formal¹²¹.

3.16. Salir reforzados

No es de extrañar que se haya hablado de un “resurgir de la bioética (*medical ethics*) durante la ola del COVID-19”¹²² y que se haya percibido un sentir común, un deseo de que “salgamos más mejorados”¹²³, como sociedad, como sistema sanitario¹²⁴ y como personas, es decir, un propósito de intentar “aprovechar” la pandemia para cambiar a mejor¹²⁵. Para ello haría falta que hiciéramos examen de lo que hemos vivido y de cómo hemos actuado¹²⁶. La experiencia de vulnerabilidad, el redescubrir la necesidad de la solidaridad y la importancia del bien común¹²⁷ deberían hacernos más conscientes de nuestras limitaciones y animarnos también a ser un poco mejores...

4. Conclusión

Durante la pandemia COVID-19 se llegó a vivir un cierto “resurgir de la bioética”¹²⁸. Y eso se reflejó en el número de trabajos publicados. El tema más relevante y que se prestó a mayor debate fue el de la priorización en el empleo de recursos sanitarios. Se llegó a un consenso que descartaba que la edad como criterio único de exclusión en la atención sanitaria o en un posible

121 Rimmer, A. «I don't feel confident providing remote consultations. What do I need to know?» *The British Medical Journal*. 2020; 369: m1746.

122 del Río, R.; de Ojeda, J.; Soriano, V. «The resurgence of medical ethics during the coronavirus disease (covid)-19 outbreak». *AIDS Reviews*. 2020; 22(2): 123-124.

123 Pastor, L.M. «COVID-19 y bioética». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 131-138.

124 Moynihan, R.; Johansson, M.; Maybee, A.; Lang, E.; Légaré, F. «Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare». *The British Medical Journal*. 2020; 370: m2752.

125 Benach, *op.cit.*

126 Yepes-Temiño, M.J.; Callejas González, R.; Álvarez Avello, J.M. «Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nuestra práctica clínica». *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2021; 68(1): 28-36.

127 Puyol, *op.cit.*

128 del Río y cols., *op.cit.*

115 de Montalvo Jääskeläinen, *op.cit.*

116 Hortal-Carmona y cols., *op.cit.*

117 Boceta-Osuna y cols., *op.cit.*

118 Segura Benedicto, A. «Ética, COVID-19 y salud pública». *Gaceta Sanitaria*. 2022; 36(6): 504-505.

119 Ruiz-Hornillos y cols., *op.cit.*

120 Mayo-Yáñez, *op.cit.*

ingreso en UCI y se recordó la importancia de cuidar d a los más vulnerables sin excluir a nadie. Otros temas fueron la autonomía y el bien común, el pasaporte inmunitario, la vacunación, el rigor en la investigación y la publicación, la profesionalidad del personal sanitario, la desinformación, la atención a las residencias de mayores, la telemedicina y el ejercicio de las virtudes.

Referencias

- Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. [Publicación en línea] «Informe sobre las tesis negacionistas a propósito de la pandemia COVID19 producida por el virus SARS-CoV-2». Septiembre de 2020 <<https://www.cgcom.es/media/1230/download>> [Consulta: 20/11/2023].
- Christian, M.D.; Sprung, C.L.; King, M.A.; et al. «Triage. Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement». *Chest*. 2014; 146(Suppl. 4): e615-e745.
- Daugherty Biddison, L.; Berkowitz, K.A.; Courtney, B.; et al. «Ethical considerations. Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement». *Chest*. 2014; 146(Suppl. 4): e1455-e1555.
- Emanuel, E.J.; Persad, G.; Upshur, R.; et al. «Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19». *The New England Journal of Medicine*. 2020; 382: 2049-2055.
- Hamele, M. «Always ready, always prepared—preparing for the next pandemic». *Translational Pediatrics*. 2018; 17(4): 344-355.
- Leider, J.P.; DeBruin, D.; Reynolds, N.; Koch, A.; Seaberg, J. «Ethical guidance for disaster response, specifically around crisis standards of care: a systematic review». *American Journal of Public Health*. 2017; 107(9): e1-e9.
- Manuel, C.; P Enel, P.; Charrel, J.; et al. «The ethical approach to AIDS: a bibliographical review». *Journal of Medical Ethics*. 1990; 16: 14-27
- Moynihan, R.; Johansson, M.; Maybee, A.; Lang, E.; Légaré, F. «Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare». *The British Medical Journal*. 2020; 370: m2752.
- Parker, M., Bedford, H.; Ussher, M.; Stead, M. «Should covid vaccination be mandatory for health and care staff?» *The British Medical Journal*. 2021; 374: n1903.
- Rimmer, A. «I don't feel confident providing remote consultations. What do I need to know?» *The British Medical Journal*. 2020; 369: m1746.
- Smith, M.J.; Silva, D.S. «Ethics for pandemics beyond influenza: Ebola, drug resistant tuberculosis, and anticipating future ethical challenges in pandemic preparedness and response». *Monash Bioethics Review*. 2015; 33: 130-147.

Revisión bibliográfica: fuentes documentales

- Allal-Chérif, O.; Guijarro-García, M.; Ballester-Miquel, J.C.; Carrilero-Castillo, A. «Being an ethical leader during the apocalypse: Lessons from the walking dead to face the COVID-19 crisis». *Journal of Business Research*. 2021; 133: 354-364.
- Alós-Ferrer, C.; García-Segarra, J.; Ginés-Vilar, M. «Ethical allocation of scarce vaccine doses: The priority-equality protocol». *Frontiers in Public Health*. 2022; 10: 986776.
- Amblàs-Novellas, J.; Gómez-Batiste, X. «Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en contexto de la crisis de COVID-19». *Medicina Clínica*. 2020; 155(8): 356-359.
- Arévalo, A.; Armentia, A.; Blanco, B.; et al. «Una respuesta ética en la atención a residencias de ancianos en la pandemia Covid-19». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 223-229.
- Arias-Oliva, M.; Pelegrín-Borondo, J.; Almahameed Ala, A.; de Andrés-Sánchez, J. «Ethical attitudes toward COVID-19 passports: evidences from Spain». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(24): 13098.
- Bellver Capella, V. «Bioética, derechos humanos y COVID-19». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 167-182.
- Beltran-Aroca, C.M.; González-Tirado, M.; Girela-López, E. «Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2)». *SEMERGEN*. 2021; 47(2): 122-130.

- Benach, J. «We must take advantage of this pandemic to make a radical social change: The coronavirus as a global health, inequality, and eco-social problem». *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*. 2021; 51: 50-54.
- Boceta-Osuna, J.; García-Llana, H.; Altisent, R. «Reflexiones éticas desde la experiencia práctica de la crisis COVID-19». *Medicina Paliativa*. 2020; 27(3): 255-262.
- Cabiedes-Miragaya, L.; Galende-Domínguez, I. «COVID-19 vaccines: a look at the ethics of the clinical research involving children». *Journal of Medical Ethics*. 2022; 48: 666-671.
- Caro-Alonso, P.A., Rodríguez-Martín, B.; Rodríguez-Almagro, J.; et al. «Nurses' perceptions of ethical conflicts when caring for patients with COVID-19». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(6): 4763.
- Cervera Barajas, A.; Saldaña Valderas, M. «Investigación clínica y consentimiento informado en época de pandemia COVID-19. Una visión desde la ética de la investigación». *Medicina Clínica*. 2021; 157(9): e307-e308.
- Coronado-Vázquez, V.; Castro-Martín, J.; Cámara-Escribano, C.; Gómez-Salgado, J.; Martín-López, C.; García-Iglesias, J.J. «Dimensiones éticas de la prevención y planificación en los centros sociosanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19): una emergencia de salud pública». *Revista Española de Salud Pública*. 2020; 94 (7 de septiembre): e1-e8.
- Cortés, U.; Cortés, A.; García-Gasulla, D.; Pérez-Arnal, R.; Álvarez-Napagao, S.; Álvarez, E. «The ethical use of high-performance computing and artificial intelligence: fighting COVID-19 at Barcelona Supercomputing Center». *AI Ethics*. 2022; 2(2): 325-340.
- Cruz-Piqueras, M.; Hortal-Carmona, J. «La historia se repite: una ética para dos pandemias». *Revista Española de Salud Pública*. 2022; 96: e202210063.
- Dal-Ré, R. «Clinical equipoise in COVID-19 vaccine candidate trials». *Journal of Clinical Pharmacology*. 2021; 61(9): 1249-1250.
- Dal-Ré, R. «Placebo control group in COVID-19 vaccine trials: context and timing matters». *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2022; 78(3): 523-526.
- Dal-Ré, R.; Farré, M.; Lucena, M.I. «Heterologous COVID-19 Vaccination in Spain: A case study of individual autonomy in the real world». *Value in Health*. 2022; 25(5): 770-772.
- de Miguel Beriain, I. «We should not vaccinate the young to protect the old: a response to Giubilini, Savulescu, and Wilkinson». *Journal of Law and the Biosciences*. 2021; 8(1): Isab015.
- de Miguel Beriain, I.; Rueda, J. «Immunity passports, fundamental rights and public health hazards: a reply to Brown et al». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(10): 660-661.
- de Miguel Beriain, I.; Rueda, J. «Vaccination certificates, immunity passports, and test-based travel licences: Ethical, legal, and public health issues». *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2021; 42: 102079.
- de Miguel Beriain, I.; Rueda, J. «Digital Covid certificates as immunity passports: an analysis of their main ethical, legal, and social issues». *Bioethical Inquiry*. 2022; 19(4): 635-642.
- de Montalvo Jääskeläinen, F. «Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID-19». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 151-165.
- del Río, R.; de Ojeda, J.; Soriano, V. «The resurgence of medical ethics during the coronavirus disease (COVID-19) outbreak». *AIDS Reviews*. 2020; 22(2): 123-124.
- Esquerda Montserrat, T.J. «COVID-19 pandemic, professionalism, and the social contract». *Revista Clínica Española*. 2021; 221(8): 494-495.
- Faggioni, M.; González-Melado, F.J.; di Pietro, M.L. «National Health System cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications». *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 300-307.
- Falcó-Pegueroles, A.; Bosch-Alcaraz, A.; Terzoni, S.; et al. «COVID-19 pandemic experiences, ethical conflicts and decision-making process in critical care professionals (Quali-Ethics-COVID-19 research part 1): An international qualitative study». *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(15-16): 5185-5200.

- Falcó-Pegueroles, A.; Viola, E.; Poveda-Moral, S.; et al. «Protective factors of ethical conflict during a pandemic-Quali-Ethics-COVID-19 research part 2: An international qualitative study». *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(17-18): 6677-6689.
- Falcó-Pegueroles, A.; Zuriguel-Pérez, E.; Via-Clavero, G.; et al. «Ethical conflict during COVID-19 pandemic: the case of Spanish and Italian intensive care units». *International Nursing Reviews*. 2021; 68(2): 181-188.
- Gamboa-Antiñolo, F.M. «Tiempo de COVID-19: ética en tiempos de crisis». *Revista Clínica Española*. 2021; 221(3): 184-185.
- Gil Membrado, C.; Barrios, V.; Cosín-Sales, J.; Gámez, J.M. «Telemedicina, ética y derecho en tiempos de COVID-19. Una mirada hacia el futuro». *Revista Clínica Española*. 2021; 221(7): 408-410.
- Gómez-Vírveda, C.; Amo Usanos, R. «Relational autonomy: lessons from COVID-19 and twentieth-century philosophy». *Medicine, Health Care, and Philosophy*. 2021; 24(4): 493-505.
- González-Melado, F.J.; di Pietro, M.L. «La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional». *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2021; 39(10): 510-515.
- González-Pando, D.; González-Nuevo, C.; González-Menéndez, A.; Alonso-Pérez, F.; Cuesta, M. «The role of nurses' professional values during the COVID-19 crisis». *Nursing Ethics*. 2022; 29(2): 293-303.
- Hernández-Tejedor, A.; Martín-Delgado, M.C. «An ethics crisis within the health crisis due to COVID-19». *Medicina Intensiva*. 2021; 45(9): 563-565.
- Herreros, B.; Gella, P.; Real de Asua, D. «Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(7): 455-458.
- Herreros, B.; Ruiz de Luna, R.; de la Calle, N.; et al. «Operation of a triage committee for advanced life support during the COVID-19 pandemic». *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2022; 17(1): 5.
- Hortal-Carmona, J.; Padilla-Bernáldez, J.; Melguizo-Jiménez, M.; et al. «La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia». *Gaceta Sanitaria*. 2021; 35(6): 525-533.
- Jiménez Flores, J.; Román Maestre, B. «El acceso parental a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tiempos de pandemia». *Revista de Bioética y Derecho*. 2020; 50: 167-188.
- Macip, S.; Yuguero, O. «Individual freedom in the initial response to Covid-19». *Frontiers in Public Health*. 2022; 10: 765016.
- Marco-Franco, J.E.; Pita-Barros, P.; Vivas-Orts, D.; González-De-Julián, S.; Vivas-Consuelo, D. «COVID-19, fake news, and vaccines: Should regulation be implemented?». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(2): 1-11.
- Marcos, A. «Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 139-149.
- Martin-Fumadó, C.; Aragonès, L.; Esquerda Areste, M.; Arimany-Manso, J. «Reflexiones médico-legales, éticas y deontológicas de la vacunación de COVID-19 en profesionales sanitarios». *Medicina Clínica*. 2021; 157(2): 79-84.
- Martínez-Sellés, D.; Martínez-Sellés, H.; Martínez-Sellés, M. «Ethical issues in decision-making regarding the elderly affected by Coronavirus disease 2019: An expert opinion». *European Cardiology Review*. 2020; 15: e48.
- Mayo-Yáñez, M. «Research during SARS-CoV-2 pandemic: To "Preprint" or not to "Preprint", that is the question». *Medicina Clínica*. 2020; 155(2): 86-87.
- Monasterio Astobiza, A. «Science, misinformation and digital technology during the Covid-19 pandemic». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(2): 68.
- Monzón Marín, J.L.; Couceiro Vidal, A. «Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia COVID-19». *Medicina Intensiva*. 2021; 45(6): 381-382.
- Muñoz-Quiles, J.M.; Ruiz-Fernández, M.D.; Hernández-Padilla, J.M.; Granero-Molina, J.; Fernández-Sola, C.; Ortega-Galán, A.M. «Ethical conflicts among physicians and nurses during the COVID-19 pandemic: A

- qualitative study». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2023; 29(1): 117-125.
- Muñoz-Rubilar, C.A.; Pezoa Carrillos, C.; Mundal, I.P.; de las Cuevas, C.; Lara-Cabrera, M.L. «The duty to care and nurses' well-being during a pandemic». *Nursing Ethics*. 2022; 29(3): 527-539.
- Palacios-Ceña, D.; Velarde-García, J.F.; Mas Espejo, M.; et al. «Ethical challenges during the COVID-19 pandemic: Perspectives of nursing students». *Nursing Ethics*. 2022; 29(2): 264-279.
- Palomo, M. «How disinformation kills: philosophical challenges in the post-Covid society». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(2): 51.
- Pastor, L.M. «COVID-19 y bioética». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 131-138.
- Pastor, L.M. «COVID-19: resiliencia y temple éticos». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(104): 11-14.
- Porrás-Povedano, M.; Santacruz-Hamer, V.; Lomeña-Urbano, D.J. «COVID-19: A look from the perspective of bioethics». *Atención Primaria*. 2021; 53: 114-115.
- Puyol, A. «El papel de la solidaridad en una pandemia». *Revista Española de Salud Pública*. 2022; 96: e202210072.
- Real de Asua, D.; Fins, J.J. «Should healthcare workers be prioritised during the COVID-19 pandemic? A view from Madrid and New York». *Journal of Medical Ethics*. 2022; 8: 397-400.
- Román Maestre, B. «Vaccines against COVID-19 and ethics: when will it be my turn?» *Journal of Healthcare Quality Research*. 2021; 36(2): 57-58.
- Royo-Bordonada, M.A.; García-López, F.J.; Cortés, F.; Zaragoza, G.A. «Face masks in the general healthy population. Scientific and ethical issues». *Gaceta Sanitaria*. 2021; 35(6): 580-584.
- Rubio, O.; Cabré, L.; Estella, A.; Ferrer, R. Respuesta a «Algunas consideraciones sobre la ética del triaje en UCI durante la pandemia». *Medicina Intensiva*. 2021; 45(6): 382.
- Rubio, O.; Estella, A.; Cabre, L.; et al. «Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos». *Medicina Intensiva*. 2020; 44(7): 439-445.
- Rueda, J. «Ageism in the COVID-19 pandemic: age-based discrimination in triage decisions and beyond». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(3): 91.
- Ruiz-Hornillos, J.; Albert, M.; Real de Asua, D.; Herrera Abián, M.; de Miguel Beriain, I.; Guillén-Navarro, E. «Priorización de recursos sanitarios en contextos de escasez. Informe SESPAS 2022». *Gaceta Sanitaria*. 2022; 36: S51-S5.
- Ruiz-Hornillos, J., Hernández Suárez, P.; Marín Martínez, J.M.; et al. «Bioethical concerns during the COVID-19 pandemic: What did Healthcare Ethics Committees and Institutions State in Spain?» *Frontiers in Public Health*. 2021; 9: 737755.
- Salinas Mengual, J. «Relationship between COVID-19, Euthanasia and old age: A study from a legal-ethical perspective». *Journal of Religion and Health*. 2021; 60(4): 2250-2284.
- Santana-López, B.N.; Santana-Padilla, Y.G.; González-Martín, J.M.; Santana-Cabrera, L. «Commitment and responsibility of health professionals in a region of Spain during the Covid-19 pandemic». *Salud Pública de México*. 2020; 62(6): 868-869.
- Santillán-García, A.; Ferrer-Arnedo, C. «Consideraciones éticas durante las crisis sanitarias: A propósito de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2». *Revista Española de Salud Pública*. 2020; 94 (9 de noviembre): e1-e8.
- Segura, A. «La COVID-19 y la atención primaria y comunitaria: algunas consideraciones deontológicas». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2020; 27(10): 505-507.
- Segura Benedicto, A. «Ética, COVID-19 y salud pública». *Gaceta Sanitaria*. 2022; 36(6): 504-505.
- Vivanco, L. «UNESCO sobre el COVID-19: directrices éticas para una respuesta global». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 269-273.
- Yepes-Temiño, M.J.; Callejas González, R.; Álvarez Avello, J.M. «Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nues-

tra práctica clínica». *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2021; 68(1): 28-36.

Contribución de los autores

Álvaro Sanz: Diseño del estudio, selección de los trabajos, lectura de los originales y recogida de datos, redacción inicial.

María Luisa del Valle: Diseño del estudio, redacción corregida del texto original.

Luis Alberto Flores: Diseño y realización de la búsqueda bibliográfica, redacción corregida del del texto original.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses ni han recibido financiación para el presente estudio.