Tensiones Bioéticas en Sala de Urgencias del Hospital Universitario de Neiva

Wilmer Fernando Botache Capera

Universidad El Bosque

Departamento de Bioética

Doctorado en Bioética

Bogotá, D.C.

2022

Tensiones Bioéticas en Sala de Urgencias del Hospital Universitario de Neiva

Wilmer Fernando Botache Capera

Directora

Constanza Ovalle Gómez, *PhD*.

Doctora en Ciencias Sociales; Postdoctorado en Bioética

Línea de Investigación Bioética y Salud

Área De Investigación

Bioética y Salud

Universidad El Bosque

Departamento de Bioética

Doctorado en Bioética

Bogotá, D.C.

2022

Conflicto De Interés:

El autor de la tesis doctoral no tiene conflicto de interés durante el desarrollo, los resultados y las conclusiones que contiene el documento de tesis: Tensiones Bioéticas en Sala de Urgencias del Hospital Universitario de Neiva.

Dedicado a:

A Dios padre todo poderoso.

Elsa María Capera de Botache, por su inolvidable ternura (QEPD. 2020).

Israel Botache Yara, por su eterna resistencia y fortaleza (QEPD. 2021).

Nohora Montero García, mi hermosa esposa.

Sebastián Botache Celis, mi amado hijo.

Berenice, Teresa, Carmen, Raquel, Leoncio, Israel, Carolina (hermanas y hermanos) por su incondicional compañía.

Agradecimientos a:

Agradezco especialmente al Profesor Jaime Escobar *PhD*. por su confianza en mi proyecto académico y de investigación durante el Doctorado en Bioética.

Agradezco a la Profesora Constanza Ovalle *PhD*. como directora de tesis doctoral, por su tiempo, conocimiento, generosidad y apoyo en todas las etapas de realización de esta tesis.

Agradezco al Profesor Jairo Rodríguez *PhD*. por sus orientaciones y contribuciones metodológicas para el desarrollo de esta tesis.

Agradezco Ana María Gómez Córdoba *PhD.* Por revisión del proyecto de investigación y evaluación en mi tesis del Doctorado en Bioética.

Agradezco al Profesor Eduardo Díaz Amado *PhD.* Por revisión del proyecto de investigación y evaluación en mi candidatura del Doctorado en Bioética.

Agradezco a la secretaria del Doctorado en Bioética, Alexandra Martínez por su colaboración y ayuda permanente.

Agradezco a la Profesora María Fernanda Aguilar Mora, *MSc.* en Neuropsicología Clínica por su tiempo, conocimiento, orientación y contribución durante el desarrollo de esta tesis.

Agradezco a los docentes y compañeros del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque por su colaboración y la atención dispensada.

Agradezco a los profesionales de la salud en sala de urgencias del Hospital Universitario de Neiva quienes participaron en las entrevistas de la investigación.

Contenido

1. Introducción 13
2. Antecedentes 19
3. Metodología 47
4. Resultados y análisis de las entrevistas 61
5. Discusión 116
6. Conclusiones 141
7. Referencias 155
8. Anexos 166

Lista de cuadros

Cuadro 1.Profesionales de la salud en el servicio de urgencias de adultos..... 50

Cuadro 2.Profesionales de la salud de que están 24 horas en el servicio de urgencias de adultos..... 51

Cuadro 3. Identificación de frecuencia y porcentajes de dos variables 53

Índice de Anexos

Tabla 1.Tensión: conflicto. 166

Tabla 2. Principio: no maleficencia 166

Tabla 3. Resultados generales pregunta 1 167

Tabla 4. Relación cruzada de conflicto y no maleficencia 167

Tabla 5. Relación de conflicto y no maleficencia por profesional de la salud 168

Tabla 6. Tensión: problema 168

Tabla 7. Principio: justicia 169

Tabla 8. Resultados generales pregunta 2 169

Tabla 9. Relación cruzada de problema y justicia 170

Tabla 10. Relación de problema y justicia por profesional de la salud 170

Tabla 11. Tensión: crisis 170

Tabla 12. Principio: beneficencia 171

Tabla 13. Resultados generales pregunta 3 172

Tabla 14. Relación cruzada crisis y beneficencia 172

Tabla 15. Relación de crisis y beneficencia por profesional de la salud 172

Tabla 16. Tensión: dilema 172

Tabla 17. Principio: autonomía 173

Tabla 18. Resultados generales pregunta 4 174

Tabla 19. Relación cruzada de dilema y autonomía 174

Tabla 20. Relación de dilema y autonomía por profesional de la salud 174

Tabla 21. Tensión: angustia moral 175

Tabla 22. Principio: solidaridad 175

Tabla 23. Resultado general pregunta 5 176

Tabla 24. Relación cruzada de angustia moral y solidaridad 176

Tabla 25. Relación angustia moral y solidaridad por personal de la salud 177

Tabla 26. Tensión: problema 177

Tabla 27. Principio: universalidad 178

Tabla 28. Resultados generales pregunta 6 178

Tabla 29. Relación cruzada de problema y universalidad 179

Tabla 30. Relación de problema y universalidad por profesional de la salud 179

Tabla 31. Tensión: crisis 179

Tabla 32. Principio: seguridad 180

Tabla 33. Resultados generales pregunta 7 181

Tabla 34. Relación cruzada de crisis y seguridad 181

Tabla 35. Relación de crisis y seguridad por profesional de la salud 181

Tabla 36. Tensión: angustia moral 181

Tabla 37. Principio: responsabilidad 182

Tabla 38. Resultados generales pregunta 8 183

Tabla 39. Relación cruzada de angustia moral y responsabilidad 183

Tabla 40. Relación de angustia moral y responsabilidad por profesionales de la salud 183

Tabla 41. Tensión: conflicto 184

Tabla 42. Principio: vulnerabilidad 184

Tabla 43. Resultados generales pregunta 9 185

Tabla 44. Relación cruzada de conflicto y vulnerabilidad 185

Tabla 45. Relación de conflicto y vulnerabilidad por profesional de la salud 186

Tabla 46. Tensión: dilema 186

Tabla 47. Principio: autonomía 187

Tabla 48. Resultados generales pregunta 10 187

Tabla 49. Relación cruzada de dilema y autonomía 188

Tabla 50. Relación de dilema y autonomía por profesional de la salud 188

Tabla 51. Tensión: conflicto 188

Tabla 52. Principio: no maleficencia 189

Tabla 53. Resultados generales pregunta 11 189

Tabla 54. Relación cruzada de conflicto y no maleficencia 190

Tabla 55. Relación de conflicto y no maleficencia por profesional de la salud 190

Tabla 56. Tensión: problema 190

Tabla 57. Principio: beneficencia 191

Tabla 58. Resultados generales pregunta 12 192

Tabla 59. Relación cruzada de problema y beneficencia 192

Tabla 60. Relación de problema y beneficencia por profesional de la salud 192

Tabla 61. Tensión: angustia moral 192

Tabla 62. Principio: universalidad 193

Tabla 63. Resultados generales pregunta 13 194

Tabla 64. Relación cruzada de angustia moral y universalidad 194

Tabla 65. Relación de angustia moral y universalidad por profesional de la salud 194

Tabla 66. Tensión: crisis 195

Tabla 67. Principio: seguridad 195

Tabla 68. Resultados generales pregunta 14 196

Tabla 69. Relación cruzada de crisis y autonomía 196

Tabla 70. Relación de crisis y autonomía por profesional de la salud 197

Tabla 71. Tensión: dilema 197

Tabla 72. Principio: vulnerabilidad 198

Tabla 73. Resultados generales pregunta 15 198

Tabla 74. Relación cruzada de dilema y vulnerabilidad 199

Tabla 75. Relación de dilema y vulnerabilidad por profesional de la salud 199

Resumen

La sala de urgencias (SU) siempre tiene un talento humano multidisciplinario con capacidad de respuesta a diferentes situaciones clínicas, la mayoría de ellas corresponden a pacientes en casos agudos o críticos en el cual están en alto riesgo de perder la vida. La atención sanitaria en sala de urgencias obliga a realizar un trato oportuno, pertinente y humanizado con el adecuado uso de la tecnología disponible. Por lo anterior, cada profesional de la salud (PS) conlleva el actuar ético, el respeto de las normas, las guías y los protocolos nacionales que permite conservar los diferentes tipos de relaciones interpersonales con otros profesionales de la salud, como también con los pacientes y sus familias.

Sin embargo, en la jornada de trabajo de cada PS en SU se presentan factores que generan cambios negativos en la atención, tales cambios se asocian a la limitación de la tecnología, escases de insumos o medicamentos, la falta de PS y la no disponibilidad de camas en hospitalización y unidad de cuidado intensivo (UCI). Por estas razones los cambios negativos, hacen que los PS experimenten Tensiones Bioéticas (TB) durante la atención al paciente. Dichas TB se marcan en el ámbito ético del profesional en el momento de clasificar el nivel de atención, la toma decisiones, la realización de procedimientos o ajuste de tratamientos.

De manera que, en la pandemia COVID 19 se observó la necesidad de identificar cuáles fueron las TB que experimentaron los PS en la SU dada su participación directa con los principios bioéticos en la Ética del Cuidado y la Ética de Mínimos y Máximos. En consecuencia, reconociéndose que la bioética está presente en SU tanto en las TB como en los principios de la ética. Pues, las tensiones bioéticas se evidencian de una manera activa y dinámica en la relación del profesional de la salud en el trascurso de la atención del paciente y la familia durante la pandemia COVID 19.

Palabras Claves

COVID 19, Tensiones Bioéticas, Principios Bioéticos, Ética del Cuidado, Ética de Mínimos y Máximos.

Abstract

The emergency room (SU) always has a multidisciplinary human talent with capacity to respond to different clinical situations, most of them correspond to patients in acute or critical cases in which they are at high risk of losing their lives. Health care in the emergency room requires a timely, relevant and humanized treatment with the appropriate use of available technology. Therefore, each health professional (PS) is required to act ethically, respecting the norms, guidelines and national protocols that allow the preservation of different types of interpersonal relationships with other health professionals, as well as with patients and their families.

However, in the working day of each PS in the SU there are factors that generate negative changes in care, such changes are associated with the limitation of technology, shortage of supplies or medicines, lack of PS and the unavailability of beds in hospitalization and intensive care unit (UCI). For these reasons, the negative changes cause PS to experience Bioethical Tensions (TB) during patient care. These TB are marked in the ethical field of the professional at the time of classifying the level of care, decision making, performing procedures or adjusting treatments.

Thus, in the COVID 19 pandemic, there was a need to identify which TBs were experienced by PS in the SU given their direct involvement with bioethical principles in the Ethics of Care and the Ethics of Minimums and Maximums. Consequently, recognizing that bioethics is present in the SU both in the TBs and in the principles of ethics. Thus, bioethical tensions are evidenced in an active and dynamic way in the relationship of the health professional in the course of patient and family care during the COVID 19 pandemic.

Key words

COVID 19, Bioethical Tensions, Bioethical Principles, Ethics of Care, Ethics of Minims and Maxims.

1. Introducción

Las tensiones bioéticas que experimentan los profesionales de la salud (PS) en la sala de urgencia (SU) del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) durante la pandemia por la COVID-19 pueden ser nuevas. Existen muchos desconocimientos en la pandemia del proceso de la enfermedad, el tratamiento y los desenlaces epidemiológicos. Los PS no son conscientes completamente de a qué tipo de pandemia se están enfrentando, en especial los que laboran en la SU, la unidad de cuidado intensivo (UCI) y el quirófano, porque hay un nuevo escenario que tiene diferentes factores que afectan la práctica asistencial, por lo que se hace necesario analizar las tensiones bioéticas (TB) que experimentan dichos profesionales.

Dicho lo anterior, cuando los distintos PS atienden a los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, viven TB tanto en la sala de reanimación en relación con el paciente y la familia, como también en las interacciones entre quienes influyen en las decisiones y el resultado del acto médico, las acciones sanitarias y la práctica biomédica. Por otra parte, las TB podrían estar sujetas a las diferentes maneras de interpretarse y solucionarse, pues ello depende del componente social, económico y cultural que presente el paciente y la familia, al igual que de los valores de los PS en un tiempo determinado y las circunstancias que estén presentes en la SU y otras unidades de servicio hospitalario.

Los PS en la SU pueden tomar decisiones según la ética y los principios que apliquen. Por lo tanto, si las TB están presentes, pueden ser analizadas y solucionadas de diferentes maneras. Las TB pueden interferir y afectar seriamente las decisiones sanitarias que se relacionan con la limitación y adecuación del esfuerzo terapéutico, la futilidad clínica, la atención del paciente terminal, el confort al final de la vida y la muerte digna.

Por interés de la investigación, las TB que se presentan en la SU y que los PS deben afrontar en la atención de personas con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 se analizarán a través de la

ética del cuidado y la ética de máximos-mínimos con sus principios bioéticos propuestos por Gracia (citados en Feito, 2011) en dos niveles: 1) nivel principios de mínimos (justicia, no maleficencia); 2) nivel principios de máximos (respeto de la autonomía y beneficencia). Finalmente, se especificarán las TB entre los principios y los conceptos de crisis, conflicto, problema, dilema, angustia moral y cómo se manifiestan por el PS en la atención de pacientes diagnosticados con COVID-19 en la SU. Por lo anterior, es necesario presentar la información completa de la pandemia COVID-19 desde un enfoque mundial, regional y local.

Con la pandemia COVID-19 se hace necesario modificar la forma de atención y que el PS adopte estrategias importantes como el uso de elementos de protección personal (EPP), que se formulen políticas de bioseguridad en la SU, y que se actualice el conocimiento del tratamiento de esta nueva enfermedad, y del manejo, traslado y ubicación del paciente en el hospital. Todos los ajustes se hacen desde las oficinas administrativas y asistenciales para que se realice de manera rápida, adecuada y razonable, sin embargo, estos cambios traen discusiones o confrontaciones éticas y bioéticas que es necesario identificar.

La Organización Mundial de Salud (OMS) declaró el 11 de marzo del 2020 que nos enfrentábamos a la nueva pandemia COVID-19, la crisis más intensa que ha enfrentado el mundo en los últimos 100 años. Por ello, la OMS (2020) presentó la guía práctica de respuestas inclusivas ante la COVID-19 en las Américas.

La OMS expone dos artículos: primero, *"Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies"* (WHO Working Group for Guidance on Human Challenge Studies in COVID-19, 2020) en relación con la salud pública en la pandemia para mejorar un conocimiento científico de la enfermedad, la transmisión, las vacunas y los tratamientos seguros y efectivos; segundo, *"Triage in the COVID-19 pandemic: Bioethical and human rights considerations"* (Michalowski *et al*., 2020), en el que se considera necesario el diseño y la elaboración de formas para clasificar los pacientes con sospecha o

confirmación de COVID-19, y la participación de los comités de ética y bioética en las instituciones de salud.

La recomendación por el Chinese Center for Disease Control and Prevention (China), publicada en *The New England Journal of Medicine* (Li *et al*., 2020), es que la información individual de cada caso confirmado debe ser detallada, al igual que la recopilación de datos, el análisis de casos y contactos cercanos y la información de los nuevos brotes de interés en salud pública.

Una mirada australiana desde la Universidad de Groninga, en el artículo "The ethics of decision-making in situations of medical emergency" (Atmoko Putri y Rabbani, 2020), indica que los profesionales están centrados en el cuidado de la salud y tareas médicas, pero también tienen la carga de tomar decisiones difíciles. Por su lado, la Universidad Central Queensland Pública redactó el documento "Ethical decision-making in an emergency department: Findings on nursing advocacy", en el que se afirma que "las funciones de las enfermeras son la clínica y la práctica profesional […] y que no intervienen a la hora de tomar decisiones" (McGrath y Phillips, 2009).

En España, la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) diseñó el documento "Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia en las UCI, sobre la atención médica de los pacientes con COVID 19", en el que se señala que es imperante aplicar un correcto triaje para UCI (Rubio *et al*., 2020). Sin embargo, para la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES),

> […] una de las puertas de entrada al sistema sanitario de los casos de COVID-19 es la urgencia hospitalaria […]. En el ámbito de alta demanda asistencial en la que se encuentran el Servicios de Urgencias, por lo tanto, el personal deberá llevar un EPP para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto. (Ministerio de Sanidad España, 2020b)

La Organización de los Estados Americanos (OEA) mediante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) indica sobre la pandemia y los derechos humanos en las Américas (Resolución 1 del 2020) que hoy el mundo enfrenta una emergencia sanitaria global sin precedentes ocasionada por el COVID-19, causando que los Estados adopten medidas para brindar la atención integral pertinente y la contención con el fin de mitigar los riesgos y complicaciones sobre la sociedad en general, respetando los derechos humanos.

Para la región latinoamericana se destacan las acciones del Consejo de Salubridad General (Ciudad de México) mediante la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia* (2020); su principal objetivo es mejorar el estado de salud de la población con los recursos disponibles.

Según De la Cruz-Vargas (2020), en este sentido bioético la Facultad de Medicina Humana de la URP asumió su atención en términos de la ética del cuidado: "Cuidemos a los que nos cuidaron en el pasado, nos cuidan en el presente y nos seguirán cuidando cuando la pandemia del coronovirus-19 haya pasado".

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) colombiano se expidieron normas que le permitieron presentar el marco político para atender y afrontar la pandemia por COVID-19 como una emergencia sanitaria. En adelante se exponen las siguientes resoluciones del 2020 (MinJusticia, 2020) ya que se hizo necesario expedir lineamientos para organizar la prestación de servicios de salud como los ambulatorios, domiciliarios, hospitalarios y de urgencias brindados a la población colombiana (Resolución 536 del 2020). Así mismo, en la Resolución 628 del 2020 se precisa la intención de mejorar el recurso del talento humano y en la Resolución 666 del 2020 se explican los requisitos del equipo de protección personal para el personal médico, por el tiempo que permanezca en las instalaciones de su empresa o lugar de trabajo y en el ejercicio de las labores que este le designe en la atención de los pacientes.

La Circular Externa 05 del 2020 de Minsalud menciona que es necesario que se hagan modificaciones en el interior de cada hospital y área de atención para limitar la circulación de personal en áreas de aislamiento y manejo de pacientes, según la capacidad instalada y la tecnología disponible (MinSalud y INS, 2020). De la misma forma, el Consejo Nacional de Bioética (CNB) enfatiza en el diseño de las medidas y estrategias para la prevención y el manejo de la COVID-19 en el país, considerando que se requiere incorporar el proceso para la toma de decisiones durante la emergencia sanitaria por la escasez de recursos tecnológicos y humanos.

2. Antecedentes

2.1. Contexto hospitalario en época de COVID-19

Los hospitales adoptaron los esfuerzos necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad de la población en la región surcolombiana, se siguió la normatividad nacional realizando la cuarentena, reduciendo las reuniones y actividades grupales, y tomando distanciamiento entre las personas. Además, se adaptaron las instituciones de salud para mejorar la infraestructura y consecución de la tecnología de las UCI, y se determinaron áreas especiales para los pacientes/usuarios respiratorios de COVID-19. Así mismo, se adoptaron procesos de atención con el uso permanente de EPP, como la aplicación de desinfectantes para las manos y el lavado de manos, y las medidas para evitar la infección del recurso humano, teniendo como premisa que cada profesional de la salud que se infecte implicaría la disminución de la capacidad de la atención a las personas enfermas de COVID-19.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo se encuentra en la ciudad de Neiva, capital del departamento del Huila, con un promedio 350 mil habitantes, y es el principal centro para la atención de III nivel en salud de la región surcolombiana. El HUHMP es una empresa social del Estado en salud con autonomía administrativa y financiera; en octubre de 1975 empezó a funcionar con el servicio de consulta externa y para el 14 de enero de 1976 se abrió el servicio de urgencias y de hospitalización con 120 camas con precarias condiciones económicas. Años más tarde, el 1º de agosto de 1994 se trasforma en empresa social del Estado del orden departamental mediante ordenanza 730 de 1994 dando cumplimiento al Decreto 1298 del mismo año que establece su transformación. Más tarde, en 1998, a través de la Ordenanza 054 se modificó su razón social quedando como empresa social del Estado HUHMP. Posteriormente, el 4 de agosto del 2006, mediante el Acuerdo 027, se adoptan los estatutos de “La Empresa Social del Estado Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo”, protocolizando de esta manera el soporte legal a la organización.

2.1.1. El Hospital Universitario de Neiva antes de la COVID-19

El HUHMP registra aproximadamente 21.000 personas atendidas por año según la estadística del 2019 y 1800 de enero a febrero del 2020 antes de presentarse la pandemia. Se ha contado con un equipo robusto y capacitado para suplir las necesidades de la comunidad surcolombiana, motivo por el cual en la nómina hospitalaria hasta marzo del 2020 prepandemia se contaba con 1600 personas vinculadas a la oficina de talento humano, tanto de planta como de contratación directa y gremios de salud, distribuidas en áreas asistenciales y administrativas.

El HUHMP cuenta con un servicio de atención de urgencias. En el primer piso están las oficinas administrativas, la central de farmacia que dispensa a todos los servicios de medicamentos y demás insumos, la SU, el espacio de observación de adultos que consta de subservicios como observación TRU, CRU (donde se encuentran pacientes crónicos, un servicio de UCI inicial pequeño para pacientes que ingresan con complicaciones y no se encuentra con disponibilidad de cama inmediata mientras se estabiliza el paciente), PPE, VIP y MIU. En la SU se cuenta con dos salas de reanimación y con los servicios de atención inicial pediátricos, urgencias, observación de pediatría, la zona de aislamiento para pacientes con patologías oncológicas y otras que requieren de un manejo aislado, y la sala de reanimación.

Así mismo, en el primer piso se encuentran los servicios de cardiología no invasiva, donde se realizan exámenes de apoyo diagnóstico, imagenología, la central de nutrición y la oficina del equipo de apoyo nutricionista hospitalario, la capilla espiritual y la unidad de salud mental. Se cuenta con el servicio de hospitalización con treinta camas para pacientes con diferentes patologías de salud mental y veinte camas habilitadas para el programa “Hospital Día”, pacientes que ingresan para la administración de medicamentos diurnos y egresan a diario de la institución.

Se necesitó hacer las adecuaciones al HUHMP teniendo en cuenta la mayor demanda ambulatoria en el horario de siete de la mañana a siete de la noche, logrando una atención de

cuatrocientas personas por día. En el sótano de la torre donde están los servicios intrahospitalarios es donde se realiza la consulta externa de especialidades como cirugía general, cirugía plástica, ortopedia, alergología, cirugía pediátrica, neumología, medicina interna, entre otras especialidades.

Sobre otras áreas físicas, cabe resaltar que la institución contaba con dos espacios de cafetería para usuarios y colaboradores, el más amplio y externo cerca al ingreso de la entrada a urgencias y el otro intrahospitalario en la unidad de cáncer. El parqueadero abarcaba toda la zona frente al hospital, es decir desde la calle 9 hasta el ingreso de urgencias que colinda con la avenida La Toma.

Se debe agregar que existía una cultura enmarcada en el desarrollo de capacitaciones sobre indicadores del ejercicio profesional en relación con las unidades o servicios donde se laboraba, otras de tipo preventivo-correctivo como las de seguridad y salud en el trabajo, y, por último, otras de refuerzo formativo que facilitaban la actualización de saberes, lideradas desde la Oficina de Educación Médica. Todas las actividades que se ejecutaban se encontraban enmarcadas en el mejoramiento continuo y con el propósito del proceso de acreditación.

2.1.2. El HUHMP durante la COVID-19

En nuestro país, Colombia declaró la emergencia sanitaria el 13 de marzo del 2020, a partir de lo cual se adoptaron las medidas políticas y socioeconómicas tendientes tanto a prevenir y controlar la propagación de la pandemia COVID-19, como a mitigar sus efectos. Así, se entregaron nuevas directrices como la Circular Externa 05 del 2020 (Minsalud y INS, 2020), en la que se menciona la necesidad de hacer las modificaciones en el interior de cada hospital y área de atención para limitar la circulación de personal en áreas de aislamiento y manejo de pacientes según la capacidad instalada y la tecnología disponible.

De esta manera, el HUHMP realizó los cambios estructurales y funcionales en diferentes áreas asistenciales para afrontar la pandemia y mejorar la atención de los pacientes con sospecha o

diagnóstico de COVID-19. Las áreas que iniciaron los cambios fueron la SU, la UCI, el área respiratoria para COVID-19 y las áreas de hospitalización para pacientes que requerían el tratamiento para el virus. Todos los cambios fueron adaptados según las normas nacionales y las especificadas por la gerencia y las oficinas jurídicas del HUHMP.

También por la Resolución 0375 de marzo del 2020 sobre la ‘‘necesidad inminente’’ se requirió implementar las medidas que facultan presupuestal y contractualmente para conjurar las causas expuestas que las generaron, especialmente en las que la necesidad inminente se declara mediante un acto administrativo, expedido por el gerente o su delegado para compras de medicamentos o tecnología biomédica, que se requieran de manera urgente para salvar la vida o garantizar la salud de un usuario. Esta resolución favoreció la adquisición de ventiladores mecánicos, camas para UCI, dispositivos hospitalarios, entre otros, para la población afectada por la COVID-19.

Así mismo, fue necesario presentar la Comunicación Informativa 005 de abril del 2020 sobre las acciones de contención ante la COVID-19 y la prevención de enfermedades en el uso adecuado de los EPP (se indica que las mascarillas N 95 son aplicadas para el alto riesgo biológico). Por su lado, la Comunicación Informativa 007 de abril del 2020 explica el uso del tapaboca convencional en las áreas administrativas y se recomienda que sea por dos o tres días.

Por lo tanto, se determinó que el personal asistencial que está en relación directa con el paciente sospechoso o con diagnóstico positivo de COVID-19 use el N 95 y que el personal administrativo utilice el tapaboca convencional ya que no está expuesto directamente; esto se debe posiblemente al desabastecimiento que puede llegar a ocurrir y causa que muchos de los colaboradores de la institución, en el afán de recurrir a medidas de bioseguridad, realizaran compras de EPP por cuenta propia para el ejercicio profesional hospitalario. En el auge del inicio de la pandemia por SARS-CoV2, el hospital se vio en la necesidad de establecer y crear el comité de crisis relacionado con la COVID-19 mediante la

Resolución 0398 de abril del 2020, la cual se entiende como un organismo transitorio mientras exista la emergencia en el ámbito jurídico y social.

En junio del 2020 el Plan de Contingencia COVID-19 analiza la capacidad instalada, la dotación de EPP en diferentes áreas del hospital, la preparación del personal médico y paramédico, la disponibilidad de camas, y los planos para rutas especiales en las áreas para los pacientes con sospecha y confirmación de COVID-19. El compromiso de la gerencia en dar respuesta a las necesidades urgentes en la pandemia se vio representado en la conformación del comité de crisis y la sala de crisis. Así fue como se organizó la unidad respiratoria "Óscar Moreno", y se transformaron la antigua el área de pediatría para contener cincuenta camas de UCI y la unidad de consulta externa de oncología a hospitalización de oncología, presupuestos que se lograron gestionar por una pandemia con recursos propios e interinstitucionales que lastimosamente en épocas anteriores no se habían permitido para ampliar los servicios de salud.

Debido a la presión social que vivían varios colaboradores en los medios de transporte público y lugares de despensa alimentaria, el hospital brindó el servicio de rutas comunes de varios buses para que pudieran realizar sus labores. Por otro lado, en el ámbito estructural se adoptaron las medidas de transporte seguro para la disposición de cadáveres por la COVID-19. Otros cambios necesarios fueron la destinación de un ascensor exclusivo para el traslado de pacientes con COVID-19, alimentos, medicamento, ropa hospitalaria y cadáveres. Se realizó la señalización interna de caminos marcados exclusivos para COVID-19.

A finales del 2020, surge la Resolución 1410 de noviembre del 2020, la cual señaló la prórroga del término ''alerta naranja'', por lo que se continuó con las tareas, acciones y actividades inherentes a la pandemia, y se implementó el triaje diferencial y la ruta de los pacientes sintomáticos respiratorios para evitar la infección cruzada. Esta resolución permitió organizar dos áreas: la primera para manejo de pacientes sin COVID-19 y la segunda para manejo de pacientes con COVID-19.

Al mes siguiente, el HUHMP presenta la Resolución 0127 de febrero del 2021 que da por terminada la “alerta roja” y se declara la “alerta naranja” con el objetivo de mitigar el impacto de la COVID-19. Once meses después de iniciada la pandemia llegan las vacunas, ocasión en la que el HUHMP entrega las Resoluciones 0137 y 0138 de febrero del 2021, por las cuales se adoptan los “lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19” y “se crea el puesto de mando unificado para atender Incidentes o Eventos que se presenten dentro de la Jornada del Plan Nacional de Vacunación Contra el Covid-19”. Fue muy importante que el HUHMP administrará de manera directa, inmediata y oportuna las dosis de vacunas al recurso humano de primera línea de atención, pues fue el mismo hospital el que tomó la preparación del grupo vacunador y la programación total de la vacunación.

Finalmente, el HUHMP entregó la Resolución 0749 de julio del 2021 con la cual se da por terminada la alerta roja establecida mediante la Resolución 0540 (junio 2021) y se declara la alerta naranja. Esta última resolución da un buen ánimo para el recurso humano de primera línea de atención y la comunidad en general hospitalaria. Aunque no regresamos a la tranquilidad total, el hecho de estar vacunados y el descenso de casos positivos en la ciudad crearon un tiempo más alentador.

Dicho lo anterior, como lo hacen notar los cuatro colaboradores HUHMP cuando se les pregunta sobre qué recuerdos recientes tienen, “positivos o negativos”, desde que apareció la pandemia por la COVID-19:

> Recientemente recuerdo que para operar un paciente teníamos que esperar mucho tiempo (hasta cuatro horas) para obtener el resultado de prueba de antígeno COVID, eso es mucho tiempo cuando se requiere hacer una cirugía más temprana. Me moleste por esa causa, que no lleváramos al paciente a urgencias más rápido. (Testimonio 1)

> Yo recuerdo que un paciente no tenía tapaboca en ese momento, le insistí mucho en que lo tuviera en el área de la boca y nariz, no era posible que lo hiciera, pues yo lo atendí con mis EPP, sin embargo, notaba que el paciente es desobediente y mal intencionado. (Testimonio 2)

> Mi nostalgia inicialmente fue ver las calles de Neiva muy solas, luego en el mes de agosto del 2020, fallece mi hermano de COVID en Brasil y actualmente por el COVID tuve que estar seis meses de teletrabajo y que eso fue muy triste no regresar al 5° piso donde están mis compañeros de trabajo. (Testimonio 3)

> Recuerdo que yo trabajaba en el ascensor que hoy está destinado a transportar los pacientes y cadáveres de COVID. He visto cómo suben pacientes con serios problemas respiratorios y días después bajan a la morgue. Mucha gente y familiares se ven tristes. (Testimonio 4)

Las transformaciones han sido determinantes en la cultura hospitalaria diaria, las cuales fueron de orden jurídico, administrativo, financiero y asistencial (clínico y quirúrgico), y llevaron a la nueva cultura e interacción entre los procesos administrativos y operativos. Se realizaron cambios en los horarios laborales y visitas de familiares, y la marcación de suelo indicando la ruta de tránsito o caminos especiales para pacientes respiratorios con COVID-19 positivos o con sospecha y los libres del virus.

Adicionalmente, a un costado del pasillo se habilitó una subárea de imagenología con resonancia de 64 cortes donde se tomarían las imágenes de rayos X de tórax a pacientes respiratorios. El servicio de hospitalización VIP pasó de ser un lugar de atención de pacientes trasplantados a ser inicialmente el primer punto de observación y hospitalización de pacientes respiratorios, por lo que desde marzo del 2020 hasta finales de septiembre prestó el servicio de aislamiento respiratorio y después nuevamente pasó a ser un lugar de hospitalización de pacientes no respiratorios.

La consulta externa general que se encuentra en el sótano desde hace seis años se suspendió temporalmente y se reinició cuando los protocolos de bioseguridad estuvieron aprobados. Esta nueva consulta se realiza con los EPP recomendados por la OMS y fue trasladada a una ubicación externa del hospital, en un edificio de cuatro pisos por la carrera 14, parte posterior de las instalaciones de la institución. La consulta externa oncológica se realiza en la unidad de oncología, pero por efectos directos de la pandemia se traslada al mismo edificio de la consulta externa general e, igualmente, se realiza con los EPP recomendados por la OMS.

El cuarto y sexto piso se ampliaron a cincuenta camas para hospitalizar pacientes libres de COVID-19, quienes en general son adultos mayores con enfermedades que requieren de tratamiento en el interior del hospital. En síntesis, los pisos tercero, cuarto, sexto y séptimo, que corresponden a hospitalización, pasaron a ser zonas de expansión para áreas respiratorias, lo que permitió aumentar la disponibilidad de camas UCI completamente dotadas con tecnología de monitores, ventiladores mecánicos y fuentes de oxígeno medicinal, y contar con el recurso humano suficiente para toda la atención de UCI de pacientes que requieren disponibilidad de oxígeno medicinal.

La UCI se amplió a 150 camas: antes de la pandemia se tenían 30 camas y actualmente se adquirieron 120 más, 30 en el primer piso, que se ubican en la unidad respiratoria “Óscar Moreno”, 60 en el tercer piso y 30 en el séptimo piso.

Por su lado, el servicio de urgencias de la empresa social del Estado (ESE) Hospital Universitario de Neiva atiende 24 horas al día, 365 días al año, ofreciendo atención permanente en todas las especialidades básicas y disponibilidad permanente de especialidades de alta complejidad para pacientes tanto adultos como pediátricos. Actualmente tiene la capacidad de atención de 25 pacientes no respiratorios o libres de COVID-19 y 20 para los pacientes sospechosos o confirmados de tener el virus, quienes se encuentran ubicados en la unidad respiratoria ‘‘Óscar Moreno’’.

Con esta información, retomamos los testimonios de cuatro funcionarios a quienes se presentó la siguiente pregunta: ¿cómo se sienten actualmente en su trabajo frente a convivir con la pandemia COVID-19? Por un lado, el testimonio 1 dice: “muy incómodo, pues trabajar con los EPP porque son asfixiantes y además me limitan a la hora de hablar”. El testimonio 2 menciona:

> Sinceramente, en esta experiencia tan desagradable y fea, sería muy triste sentir que no aprendimos nada, especialmente sobre los autocuidados y el cuidado para los demás. Pensar que esto nos deja muchas enseñanzas y sentir que debemos seguir adelante adheridos a los protocolos.

La persona del testimonio 3 manifiesta que “realizar teletrabajo es aburridor, me gusta estar en la oficina y realizar los documentos que puedo llevar a otras oficinas”. Por último, la persona del testimonio 4 dice: “hacer mis oficios de siempre ahora me indisponen, pues debo tener EPP y además debo ingresar a zonas de pacientes COVID-19 positivo, esto me da miedo, no me gusta”.

2.1.2.1. Nueva tecnología

La atención es complementada por el laboratorio de biología molecular del hospital, el cual, mediante resultados oportunos, facilita la definición rápida y oportuna de la conducta del paciente (Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, 2020a, p. 8). Los programas que antiguamente se ejecutaban se modificaron para realizar la implementación adecuada de EPP-Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), el manejo de cadáveres, y la comunicación con familiares.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Asociación Colombiana de Infectología, de la OMS y del lineamiento para el kit de elementos básicos de protección para el personal de la salud en el contexto de la atención de pacientes sospechosos o confirmados para COVID-19 con el fin de prevenir la exposición ocupacional, el HUHMP adopta los tres kits en la matriz de EPP y el *Manual*

de bioseguridad para COVID-19 (Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, 2020b, p. 4). Como parte del autocuidado, el HUHMP realiza talleres prácticos para colocación y retiro de los EPP, y concientiza sobre su uso.

2.1.2.2. Cambios de procesos administrativos

Es importante decir que nuestra institución creó e implementó el *Manual de disposición para el manejo de cadáveres* con el objetivo de describir los lineamientos para el manejo seguro, el transporte y la disposición de los cadáveres con COVID-19, proceso que se realiza bajo una estricta práctica de protocolos de bioseguridad y utilizando todos los elementos de protección personal. En contexto, las visitas familiares tuvieron que reducirse y restringirse tanto a pacientes respiratorios como no respiratorios. En el deber de informar, la institución ha implementado el "Protocolo de comunicación institucional para pacientes y familias en medio de la pandemia por SARS-CoV2" con el fin de facilitar la comunicación entre el paciente y sus familiares, y proporcionar la información telefónica diaria a todos los familiares sobre la evolución de sus parientes (Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, 2020b, p. 9). Actualmente esta dinámica es liderada por el equipo de profesionales en salud mental que se encuentran asignados a los diferentes servicios: el psicólogo habla a diario con el cuidador que se encuentra en casa para comunicar lo reportado en la historia clínica por el médico e informar la necesidades que como familia deben suplir al paciente, en este caso, el apoyo emocional y los elementos básicos personales como pañales, crema dental, entre otros.

Ahora podríamos llegar a cuestionarnos si debemos reconocer que la situación actual de la pandemia creó la voluntad de gestionar recursos para las necesidades que día a día viven los ambientes hospitalarios, dado que se amplió la oferta a personal de salud y la obtención de recursos no solo para tecnología sino también para dignificar y ampliar las estructuras. Como se ha mencionado, el HUHMP,

además de ser público, es una institución que ha abierto sus servicios desde hace varias décadas pero que no había sufrido cambios extremadamente notorios sino hasta la actualidad.

Todo cambio tiene consecuencias buenas y malas, por eso reconocemos que la pandemia por la COVID-19, aunque tiene efectos negativos por los daños que hay actualmente en la economía, en la recreación y en el turismo, además de las muertes y el dolor humano sufrido, podemos considerar que lo ocurrido en el sistema de salud en el país fue favorable, teniendo en cuenta temas en la reingeniería y la pronta adaptación de los hospitales que permitieron afrontar el problema. Todos los ajustes realizados se hicieron con el compromiso desde el Ministerio de Salud con las organizaciones externas del sistema de salud, como la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS), y con las oficinas e instituciones de salud en el interior del país.

El HUHMP realizó numerosos cambios para hacerle frente a la COVID-19 y lograr responder a la crisis desde el ámbito de salud, dado que es una institución de referencia para la región surcolombiana y en especial para toda la población de Neiva. El liderazgo y compromiso de la gerencia y del Comité de Crisis permitieron mejorar la infraestructura (reubicación de áreas especiales para la atención de pacientes con COVID-19 y pacientes sin COVID-19), y trabajar arduamente en la renovación de tecnología, medicamentos e insumos para las UCI, sin abandonar las áreas de hospitalización, quirófanos y SU. Por otra parte, se realizaron cambios y ajustes en las guías de manejo médico, los protocolos de atención y continuamente se ejecutaron cursos de actualización para el recurso humano.

2.2. Ética del cuidado desde la pandemia por la COVID-19

Conocer la ética del cuidado en tiempos de la pandemia por la COVID-19 es muy importante cuando se trata de la atención del paciente con COVID-19 en el servicio sanitario. Así, se debe rescatar los estudios y conceptos de Carol Gilligan (2013):

> [Los postulados de Gilligan llevan a] un nuevo prototipo que amplía el horizonte de la ética y de la democracia, eliminando el modelo binario del género, dando sentido y delimitando las funciones de la masculinidad y la feminidad. La autora indica que el valor del cuidado sale del estudio, análisis y razonamiento con las niñas y las mujeres de la realidad, de lo que permanece oculto en ellas, que se desarrolla en la vida privada y doméstica.

Por otra parte, los resultados de los estudios que realizó Gilligan dieron lugar al término "la resistencia a la injusticia", que remite al encuentro permanente del bienestar particular o personal y colectivo o general, generando confianza y amor. La autora insiste en la necesidad de universalizar las obligaciones del cuidado, que son una parte de los roles derivados de la biología de los seres (hombres y mujeres), al igual que los intereses de estos por su capacidad de empatía con sus congéneres por su mente, cuerpo, razón y emoción.

Para la autora, las mujeres pueden transgredir más fácilmente el marco conceptual y salirse del esquema patriarcal al neutralizarlo. Así, recuperan su voz, se expresan públicamente sintiéndose liberadas y haciendo un esfuerzo por mantener la integridad moral. Así, el daño moral lo define como la destrucción de la confianza y la pérdida de la capacidad de amar. Abandona la resistencia ante la injusticia cuando pierde la empatía, de ahí que el cuidado complementa a la justicia.

La diferencia radica entre la democracia (anhelo de justicia) y el patriarcado, que amenaza la democracia. Por ello es importante y universal la justicia y el cuidado, concepto amplio y social presente en la familia, en las atenciones clínicas y en la vida cotidiana. Concluye que se debe seguir debatiendo sobre el género y la ética. El patriarcado ha deformado la naturaleza de mujeres y hombres de formas diferentes, resistiéndose a los elementos ajenos a la naturaleza humana. La autora identifica que son las estrategias de cooperación las que más aportan, y no las de competencia, para adquirir la capacidad de cuidar y mantener la humanidad.

La ética del cuidado no debe quedarse como un marco de reglas, procedimientos, guías, protocolos o normas y el principio de autonomía se debe convertir en un valor supremo. Según Moreno (2013), el cuidado es “la necesidad de la compañía, la comprensión y la compasión dentro del ámbito hospitalario y los cuidados al paciente, por otro lado, un debate público acerca de qué prácticas médicas encarnan mejor los valores que constituyen una buena sociedad”. Un concepto más reciente lo expresan Cabrera y Lucio (2020): “La ética del cuidado es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el propio”.

Otras investigaciones y autoras en ética del cuidado son Amartya Sen y Martha Nussbaum (2014, citadas en Colmenarejo, 2016), quienes sustentan en el campo del cuidado que

> […] la injusticia, la irresponsabilidad o la inequidad son los factores que (con)mueven a la humanidad. Las personas no pretendemos un estado de justicia ideal, porque lo sabemos inalcanzable, sino uno en el que las injusticias que podamos evitar, o al menos denunciar, sean eliminadas o neutralizadas. (p. 124)

El pensamiento de Nussbaum sobre la justicia se distancia en el cuidado cuando considera que la justicia debe centrarse en la democracia como modelo de participación, entonces, como afirma Colmenarejo (2016),

> […] una teoría de la justicia, debe ser útil para el establecimiento de mínimos que permitan constituir un sistema democrático decente […]. Las pretensiones se encuentran fundamentadas en un tipo de esencialismo que permite establecer unos marcos normativos ajenos a estructura de poder.

Así mismo, es necesario mencionar que Amartya Sen busca que las injusticias se eviten, se denuncien o se neutralicen, por eso se considera una teoría de justicia en el cuidado y se analiza el cuidado con la justicia:

> […] una teoría de la justicia propia que no esté sustentada en la idea trascendental de una "sociedad justa" en la que las instituciones están perfectamente organizadas, por seguir con los condicionantes rawlsianos, sino más bien en la sospecha de que es posible que no exista ningún esquema social perfectamente justo e identificable del cual pueda surgir un acuerdo imparcial, como han exigido las teorías de la justicia […]. (Colmenarejo, 2016, p. 124)

Para Corine Pelluchon (citada en Moreno, 2013), las principales características de la ética de la vulnerabilidad que llevan al cuidado están fundamentadas en la filosofía actual.

> […] 1) la relevancia de la bioética más allá del hospital; 2) la crítica a la tradición filosófica y la autonomía del sujeto; 3) la necesidad de dotar de un sentido ecológico a la ética y la política. […] la autora parte de una reflexión acerca de las relaciones que se producen en los hospitales entre los médicos y los enfermos con el fin de elaborar una fenomenología de la vulnerabilidad transversal de las relaciones a sanos y enfermos, los humanos y los animales, los humanos y el resto de seres vivos, las generaciones actuales y las generaciones futuras. Se trata, por tanto, de transportar la experiencia de la bioética médica hacia un marco más amplio de reflexión filosófica que le lleva a formular una ontología y una ética de la vulnerabilidad y, con ello, una reformulación de la política que problematiza la división tradicional del liberalismo entre vida privada y pública, entre las decisiones individuales y las instituciones colectivas. La crítica al modelo hegemónico del sujeto soberano y la propuesta de un nuevo paradigma de comprensión filosófica son las apuestas más relevantes […]. (p. 171)

Según Pelluchon (citada en Moreno, 2013), actualmente se mantiene una activa discusión sobre la condición humana de autonomía, en especial aquella que vincula la situación de una persona enferma:

> […] las decisiones del paciente, lejos de ser unívocas, deben de considerarse dentro del contexto familiar y social que le rodea, a la vez que el trato médico, lejos de reducirse a un estrecho marco de competencias técnicas y deberes normativos, puede asumir aptitudes afectivas que aporten a la relación con mayor calidad humana.
>
> […]
>
> Los problemas subyacentes al nuevo potencial de la biotecnología ponen en entredicho, a juicio de Corine Pelluchon, la idea kantiana de dignidad humana como primer criterio de la ética y el cuidado, obligando a repensar más allá de la distinción entre los sujetos dotados de razón y el resto de objetos. […] La dignidad humana tiene que ver más con su vulnerabilidad y su apertura al otro que con su racionalidad y su capacidad para la autodeterminación. (pp. 172, 175-176)

Sobre la ética del cuidado, sus diferentes autores han dejado claro el concepto del cuidado en términos generales, lo cual, desde luego, es aplicable en lo particular o en sectores de la población, en especial en aquellos que cumplen acciones encaminadas al cuidado del otro o a velar por lo mejor para el otro que está en menor capacidad de protección. Por esta razón, se explican los principios que tributan esta ética del cuidado. Los autores mencionados concuerdan que para aplicar la ética del cuidado se debe partir de los siguientes principios:

2.2.1. Solidaridad

La solidaridad es concebida desde la idea de “compartir y asumir las necesidades del otro como propias. Es pensar en el otro, en cómo ayudar, colaborar y dar lo mejor de sí para aportar al otro, contribuyendo

de este modo al desarrollo del ser y de la humanidad" (CUSI JUSTO, s. f., p. 42, citado en Páez, 2013). La solidaridad también se puede definir como "la exigencia de reconocer en el conjunto de los vínculos que unen a los seres y a los grupos sociales entre sí, el espacio ofrecido a la libertad humana para ocuparse del crecimiento común, compartido por todos" (Gonzales, 2009, p. 40).

Dichas definiciones de solidaridad tienen un principio común que se centra en la unión y la caridad, es decir en ayudar al otro. Sin embargo, es necesario distinguir entre la solidaridad mecánica y la solidaridad moral, como lo describe el concepto de Duque (2013):

> La fase superior en el desarrollo histórico, como aquel momento societario que encarna de manera más fuerte la solidaridad en cuanto ideal moral. Se trata así de un sistema de secciones que, a diferencia de lo que sucede en la solidaridad mecánica, exige moralización, en cuanto exige la coordinación entre los diferentes partes, la necesaria interdependencia de éstos y una mayor vinculación del individuo con el grupo.

2.2.2. Vulnerabilidad

Este término tiene una gran complejidad y hace referencia a la fragilidad del ser humano con alta posibilidad de daño, lesión o mortalidad. Contiene en sí varias dimensiones: "Una dimensión antropológica, que asevera la condición de vulnerabilidad del ser humano y una dimensión social, que subraya una mayor susceptibilidad generada por el medio o las condiciones de vida, dando lugar a espacios de fragilidad y poblaciones sensibles" (Feito, 2007).

Complementando lo anterior, para Feito (2007) la solidaridad y el cuidado caminan juntos siempre que los acompañe la moral social: "La dimensión social nos conduce a las capacidades y el reconocimiento como elementos clave entre los seres humanos que es fundamento de la obligación moral. Esta obligación es principalmente de cuidado y solidaridad en el marco de la justicia".

2.2.3. Seguridad

Cuando se presenta el concepto de seguridad como principio bioético, este se traslada a la seguridad individual o colectiva, en algunos casos asociada al orden público o a asuntos militares. Puede inferirse que la salud se refiere a la seguridad y el autocuidado. Otros temas de seguridad a tener en cuenta son "la integridad territorial, la estabilidad política, los arreglos militares y de defensa y las actividades económicas y financieras relacionadas […]. Acá el Estado mantiene el poder, monopoliza los derechos y los medios de proteger a los ciudadanos" (Bergel y Vera, 2014). Se establece que la ampliación en el "poder del Estado y es mantener el orden y la paz. La historia ha demostrado que la seguridad del Estado no necesariamente es la seguridad de las personas y las dos guerras mundiales han sido claro ejemplo de ello" (IIDH, s. f.).

Se puede decir que un problema sanitario como es la pandemia por la COVID-19 se parece a una guerra biológica entre el ser humano y el virus, en la que los seres humanos se enferman o mueren y otros viven. Así pues, el concepto de seguridad se traslada a los centros hospitalarios:

> La seguridad es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad [...] [manteniendo] el respeto a los valores y a la integridad física, material o psicológica de las personas. ("Concepto de vulnerabilidad", 2013)

2.2.4. Responsabilidad

Esta responsabilidad es la vista desde la pertenencia a la humanidad y a la naturaleza, por eso, los lazos, los compromisos y las obligaciones vividas es lo que nos hace sentir responsables (Polo, 2019).

La responsabilidad sentida como obligación o coerción externa solo refleja la ontología moderna que ha separado al individuo de todo y de todos, por lo que prefiere la libertad a la responsabilidad.

Otro modo de la responsabilidad es el aislacionismo individualista, el cual no solo perjudica al propio individuo, sino también a la humanidad y al planeta. Tiene tres formas y una de es la responsabilidad ética: como seres humanos percibimos y somos conscientes, en distinto grado, de la existencia y sus condiciones, y, ante tal hecho, se da respuesta ya sea con acciones u omisiones. Así, si da cuenta del deterioro del planeta, eso mismo exige una respuesta personal y colectiva, por ejemplo, disminuyendo la huella ecológica dejando de comprar productos que dañan al medioambiente o quizá dejar de conducir el automóvil determinados días de la semana. Esta responsabilidad ética surge del hecho de existir y ser conscientes del mundo en el que se vive*:*

> Es la respuesta que se da por las normas morales que permiten la convivencia humana. En este caso es el deber el criterio de la responsabilidad. Por ejemplo, cuando un joven cristiano se niega a ir a la guerra, porque ha interiorizado la norma de su comunidad religiosa, el "no matarás" o "el amor al prójimo". Se puede decir que es responsable ante su conciencia o ante su comunidad o ante Dios. El cumplimiento de los Derechos Humanos, como declaración, estaría en este nivel. […] Ser responsable manifiesta la pertinencia al mundo, a una comunidad y a la humanidad.
>
> La responsabilidad revela que el mundo con otros se comparte con ellos y desde esa relación se generan lazos, compromisos, obligaciones. La clave de la responsabilidad, entonces, es dar respuesta. Responder, ¿de qué?, ¿por qué?, ¿ante quién o quiénes? El término "responsabilidad" tiene una fuerte carga deontológica asociada con deberes y obligaciones de cada ser, con lo cual se quiere decir que deben cumplir con sus obligaciones. Y desde este sentido restringido, quien obra responsablemente no se siente necesariamente libre. (Polo, 2019)

2.2.5. Universalidad

La aplicación del concepto de universalidad desde los derechos humanos significa que “todos los seres humanos tienen los mismos derechos simplemente por su condición de ser humanos, independientemente de donde vivan y quienes sean, así como de su situación o características particulares” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, s. f.). Por lo anterior, en la universalidad todos somos iguales, tanto en derechos como en deberes, por eso debemos recibir igual justicia e igual cuidado, entonces ninguno debe recibir menos que otro en términos generales: “Los derechos humanos corresponden a todas las personas por igual, sin discriminación alguna, de ello se desprende el principio de universalidad” (CNDH México, 2018).

La finalidad es garantizar los principios de universalidad a todas las personas, promocionar la igualdad en la justicia, en derechos y deberes, en goce de las libertades fundamentales y en el cuidado cuando se trata de personas con menor capacidad económica, y de bienestar general y salud, asunto que tuvo más énfasis durante la pandemia por la COVID-19.

Se ha logrado revisar los conceptos de los principios en la ética del cuidado: solidaridad, vulnerabilidad, seguridad, responsabilidad y universalidad. Ahora es el momento de presentar la ética de mínimos y máximos con sus correspondientes autores y principios para desarrollar los argumentos teóricos de las éticas en el actuar de los profesionales de la salud en sala de urgencias.

2.3. Ética de mínimos y máximos desde la pandemia por la COVID-19

La ética de mínimos y máximos es planteada inicialmente por Adela Cortina en sus conceptos básicos de lo mínimo, es decir, aquello a lo que toda persona tiene derecho, que está muy ligado a la justicia y no maleficencia (no recibir daño). Por otra parte, Diego Gracia suma estos principios a otros, como el concepto de máximos en relación con la beneficencia y el respeto a la autonomía, reconociendo aquello a lo que una persona tiene derecho:

> La Ética de mínimos es una manera de ver a la Filosofía práctica que tiene que ver con el deseo general de encontrar una mejor comunicación y entendimiento para hacer más amigables las inevitables relaciones con los demás, es denominada Ética de justicia y constituye el momento deontológico de la Ética. La Ética de Máximos es una rama de la Filosofía práctica que conduce a la Ética de la felicidad, el bien y la autorrealización personal que intenta desde la razón el fenómeno moral a partir de propuestas de vida buena y constituye el momento teleológico de la Ética. (Wikipedia, 2020)

Inicialmente se presenta el enfoque de máximo de Gracia, quien nos señala que los deberes son máximas obligaciones, condición y posibilidad de la convivencia social y el reconocimiento del otro. Así, para aplicar de la mejor manera los principios de una ética de máximos, una persona debe recibir en buena proporción bienestar y todo lo relacionado a satisfacción personal, en especial cuando se trata del respeto a la autonomía, teniendo en cuenta que "este óptimo no es idéntico para todos, sino que depende del sistema de valores que cada uno acepte como propio" (Feito, 2011).

Por lo tanto, el pensamiento de Gracia está centrado en dos principios: autonomía y beneficencia, los cuales caminan juntos, pero son diferentes porque dependen de cada individuo y, por lo tanto, están en relación con los intereses, las decisiones o los deseos personales.

Entonces, los máximos son diferentes en cada persona, es decir que son distintos a los principios de mínimos, pues en los principios de máximos nos orientan los criterios particulares y privados. El mínimo es lo básico y lo debe proporcional el Estado, es público, lleva a una buena práctica de los derechos humanos, es exigible, obligatorio (perfecto) y los principios que lo rigen son la justicia y la no maleficencia.

Adela Cortina manifiesta que los mínimos son orientados a un mayor nivel de tolerancia y justicia, y hacen posible la convivencia de los máximos: "lo justo es aquello que en una sociedad lo hace accesible a todos, cumpliendo con unos mínimos. Estos mínimos son la justicia que debe de ser exigida, respetada e innegociable" (Polo, 2004).

Sobre la ética de mínimos y máximos, se puede explicar cómo se accionan los máximos y mínimos en los aspectos más generales de contenido social, teniendo en cuenta la educación, la democracia y la felicidad, entre otros aspectos sociales:

> Lo que no se puede imponer son los máximos, como es el caso de la felicidad […]. La educación debe ir en el camino de los mínimos (obligación del estado la escuela pública, debe trasmitir por medio de la ética dialógica) y los máximos (requisitos indispensables en una democracia) el violar cualquiera de estos principios mínimos o máximos atenta contra un sistema democrático. (Makoo, 2010)

Sobre la ética de mínimos y máximos, sus diferentes autores han dejado claro el concepto del cuidado en términos generales y el hecho de que los principios se aplican en cada caso particular y en todos los sectores de la población. En especial se indica que los principios interactúan en las acciones que tienen mayor participación en lo personal o particular sobre aquellas que son generales o universales. Estas razones explican los principios que tributan en la ética de mínimos y máximos.

Los autores mencionados concuerdan que para aplicar la ética de mínimos y máximos se debe partir de los siguientes principios:

2.3.1. Beneficencia

Para Diego Gracia la ética de mínimos y máximos pertenece a los fundamentos de bioética que tienen un efecto individual, particular o personal; se conoce como principio de segundo nivel, sin embargo, conserva los conceptos más comunes del principialismo bioético:

> Una beneficencia no paternalista es aquella que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Por tanto, en las

> personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el "consentimiento informado". Beneficencia y autonomía: El principio de beneficencia es inseparable del de autonomía. […] Lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón, por la cual es incomprensible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacerle mal. (Busquets, 2008)

2.3.2. Respeto de autonomía

En relaciona con la ética de mínimos y máximos, según Diego Gracia este principio indica en los fundamentos de bioética que también se centra en lo individual, particular o personal, igualmente se conoce como principio de segundo nivel y también conserva los conceptos comunes del principialismo bioético:

> Autonomía como acto de elección autónoma: "La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede también ser vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Esta última definición de autonomía es la que ahora interesa, no sólo porque resulta más simple sino además porque tiene mayor operatividad. Las personas autónomas pueden hacer y de hecho hacen elecciones no autónomas; y, por el contrario, las personas no autónomas son capaces de realizar acciones autónomas en ciertos momentos y hasta cierto grado". (Busquets, 2008)

Para Adela Cortina, la representación de autonomía está en la mirada kantiana desde la dignidad, la libertad y la igualdad, que son propios para el individuo y le pertenecen como autonomía:

> Tomando en cuenta al hombre como fin en sí mismo, es decir un ser autónomo […]. Invita a recuperar la distinción kantiana entre lo que es «valioso en sí» y «valioso para», y recordar que algo puede ser "valioso

> para" y a la vez "valioso en sí", como sería el caso de la libertad, la igualdad y la vida solidaria. De tal manera, la idea kantiana de la dignidad humana cobra vigencia, ya que la persona es vista como un ser valioso en sí mismo, basada en el valor del reconocimiento mutuo bajo el enfoque de la ética dialógica. […] la igualdad, la solidaridad y la justicia serían una teleología existencial que nos ayudaría a exclamar que la vida es digna de ser vivida, y quien la viviera desearía seguir viviendo. (Vielma, 2016)

2.3.3. No maleficencia

Tomando nuevamente la ética de mínimos y máximos, según Diego Gracia este principio de los fundamentos de bioética se centra en lo colectivo, general o universal, por eso es reconocido como un principio de primer nivel y en él se mantienen los conceptos comunes del principialismo bioético.

Según Diego Gracia, este principio tiene la mirada kantiana, pues fija, primero, "no hacer daño" y, segundo, considerar "hacer el bien", pues en este sentido es más importante y universal anteponer la no maleficencia que los principios de beneficencia y autonomía:

> […] obliga a todos de modo primario, es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento. Que para Kant es un deber perfecto de no hacer daño a otras personas. Pero no existe el deber de hacer el bien a todo el mundo. Primero porque sería imposible, al contrario que en el caso de la no maleficencia, y, además, porque hacer bien a una persona requiere habitualmente su consentimiento; por tanto; el principio de beneficencia sería un deber imperfecto, debemos hacer el bien sólo a algunas personas. Por ello, aunque no se pueda decir que la no maleficencia tenga un carácter absoluto, existiría una jerarquía entre la no maleficencia y la beneficencia, siendo un deber más primario el no hacer daño que el hacer bien. (Ara, s. f.)

2.3.4. Justicia sanitaria

En la ética de mínimos y máximos para Gracia este principio también se fundamenta en la bioética y se centra en lo colectivo, general o universal, este principio se reconoce de primer nivel y además conserva los conceptos más comunes del principialismo bioético.

Diego Gracia en los "Fundamentos de Bioética" indica que "la Justicia sanitaria implica desde un sistema de salud solidario que considere la solidaridad un principio a partir del cual se garantice el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones médicas que requieran según las circunstancias particulares de cada caso" (Fábregas *et al*., 2010). Así, la toma de decisiones debe hacerse de forma responsable y prudente para cada caso. Además, este principio está asociado en el ámbito sanitario a los recursos, los cuales no son ilimitados, por eso el problema es cómo gestionar esos recursos escasos. La gente lo entiende muy bien porque se da en las familias, en las que tienen que gestionar de manera razonable los recursos que tienen; esto mismo pasa en las sociedades: todo el mundo tiene derechos, pero hay unos límites.

Según Adela Cortina (citada en Vielma, 2016), atender la *justicia*

> […] debe estar al lado experiencial del reconocimiento recíproco. Indispensable para lograr la voluntad de entendimiento de los sujetos morales. Sin esta experiencia, es difícil que a una persona le interese averiguar en serio si es justo el contenido de unas normas que afectan a seres con los que no le une sino un vínculo lógico y no dialógico.

Ahora bien, para comprender mejor el principio de justicia es necesario entender conceptos como la compasión en relación con el principio de justicia a diferencia de otros principios como el de beneficencia o autonomía:

> Por consiguiente, a esta forma de reconocimiento que atiende al vínculo comunicativo en su integridad, Adela Cortina le llama "reconocimiento cordial" y "reconocimiento compasivo",

> porque es la compasión el sentimiento que se ha preocupa por la justicia. Pero no entendida como condescendencia, como la magnanimidad del fuerte que se aviene a tener en cuenta al débil, sino como la capacidad de compadecer, (padecer con) el sufrimiento y el gozo de quienes se reconocen recíprocamente como carne de la propia carne y hueso del propio hueso. De quienes se saben a la vez vulnerables, con vocación de autonomía, y cordialmente ligados. (Vielma, 2016)

2.4. Tensiones bioéticas desde la pandemia por la COVID-19

La bioética es más evidente cada día en el campo de la salud, en especial en la práctica clínica, pues no solo hace referencia a la persona, las poblaciones, la atención sanitaria, la biotecnología, las tecnociencias y los elementos que fundamentan su desarrollo, sino que además en el contexto es multicultural: "Busca consolidar diferentes puntos de vista, desde diversos ámbitos, reconociendo la existencia de los conflictos, que suponen como fin último, el lograr la convergencia de diversas perspectivas" (Escobar y Aristizábal, 2011, p. 77).

La bioética se enmarca en diferentes tipos de éticas, y sobre esta se elaboran y desarrollan las tensiones. Las tensiones bioéticas en la pandemia COVID-19 son muy importantes cuando se presentan durante la atención médica y en la relación entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Así mismo, las tensiones bioéticas se relacionan con la ética del cuidado y la ética de mínimos y máximos, teniendo en cuanta los diferentes autores y los principios que anidan en cada ética.

Los autores mencionados, como Gilligan, Nussbaum, Cortina y Gracia, concuerdan en que para reconocer las tensiones bioéticas se deben aplicar los principios que participan en la ética del cuidado y en la ética de mínimos y máximos. Las tensiones surgen cuando hay resistencia o inquietudes emergentes en la atención sanitaria o cuando existen obstáculos que cambian o alteran un normal desarrollo (Bautista, 2017).

A partir de este momento, es importante explicar cada una de las tensiones bioéticas que entran a dinamizar las acciones del profesional de la salud en sala de urgencias cuando se enfrentan a la atención médica del paciente con sospecha o confirmación de COVID-19, las cuales son: *crisis*, *conflicto*, *problema*, *dilema* y *angustia moral*.

2.4.1. Crisis

Esta tensión se refiere a un cambio negativo, a una situación complicada, difícil o inestable durante un proceso o atención institucional o en otros contextos o situaciones con falta o escasez de recursos para su atención (Suárez-Rozo *et al*., 2017).

Así, la tensión de crisis a nivel de salud se puede definir como la incapacidad de los PS en salud para responder por sus obligaciones, generando condiciones percibidas como negativas por ellos, que afectan las expectativas para el desarrollo de la atención en salud, la garantía efectiva al acceso, el uso y la calidad de los servicios. Esta tensión lleva a que tanto los profesionales de la salud como los pacientes y sus familias perciban inseguridad, falta de credibilidad y profunda decepción por tener un futuro incierto.

2.4.2. Conflicto

Es la tensión bioética alrededor de un proceso:

> El conflicto es una situación en la cual dos o más personas con intereses diferentes entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas, con el objetivo de dañar o eliminar a la parte rival, incluso cuando tal confrontación sea verbal, para lograr así la consecución de los objetivos. (Marín, s. f.)

Por otra parte, “En las instituciones de salud se vislumbra el conflicto como si fueran fenómenos, hechos, comportamientos que, en la vida institucional, se constituyen en ‘ruidos’ y se reconocen como tales por los trabajadores y por la gerencia” (Fuquen, 2003).

2.4.3. Problema

Es la tensión bioética en la cual se indica “El concepto parte de la construcción social de la salud” que proponen “las organizaciones OMS/OPS como reforma del sector salud para las regiones, entre otros conceptos como participación social, descentralización y la intersectorialidad” (Macías, 2001).

Por lo general algunos fracasos han llevado a que las personas desarrollen tensiones basadas en las evidencias sobre el funcionamiento social y político de “los sistemas de salud de América Latina, justificando los mecanismos neoliberales […]. La regla de que el fracaso de las reformas en su aspecto político no deberá significar el desconocimiento de sus postulados iniciales en su carácter epistemológico” (Macías, 2001).

Es importante dar otra mirada al concepto de la tensión tipo problema, pues es frecuente conocer la relación entre salud y enfermedad:

> El papel activo de los individuos, grupos y sociedad ante el fenómeno salud comporta una determinada circularidad en el proceso mismo y en su reflejo, y aquí está presente el eterno cuestionamiento de la objetividad, al tener en cuenta la intervención humana en el proceso; ya hace mucho que los reclamos de comprender el papel de lo subjetivo en el movimiento de los umbrales de enfermedad conforma un tema sobre todo desde la psicología y que parece haber tenido sus orígenes en Freud, y además pone bajo vigilancia a un nuevo modo el tema de la participación social en salud. (Macías, 2001)

2.4.4. Dilema

Es la tensión bioética que se presenta al momento de definir una solución real cuando hay varias posibles: “Esta dificultad obliga a un razonamiento sobre los valores que están en juego, y exige una reflexión sobre su importancia” (Morales y Landa, 2004).

2.4.5. Angustia moral

Es la tensión bioética que varía según el individuo en relación con las virtudes, los valores, los códigos y las obligaciones percibidas. Es “la situación en que una persona sabe cuál es la acción correcta, pero se siente limitada para llevarla a cabo” (Karakachian y Colbert, 2018). Por esta razón, se realizó una revisión de la literatura que fundamenta la investigación sobre la experiencia que tiene el profesional de la salud cuando atiende a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; esta revisión se basa en los temas centrales de la pandemia por la COVID-19, las éticas del cuidado y la ética de máximos y mínimos teniendo en cuenta los principios bioéticos en relación con las tensiones bioéticas.

3. Metodología

Esta tesis parte de una investigación cualitativa de tipo clásico con una metodología descriptiva y analítica de corte transversal. El estudio fue diseñado para conocer y medir la tensión bioética como una exposición de una población definida y en un punto específico del tiempo. Se identificaron las tensiones bioéticas que surgen en los PS en la atención de SU del HUHMP durante el 2020 y el 2021, tiempo en que se presentó la pandemia por la COVID-19. Es importante establecer que el servicio de urgencias está compuesto por la SU y la sala de observación adultos.

El método de recolección de datos se ejecutó en dos partes de forma presencial con los PS en el HUHMP: la primera corresponde a la firma del consentimiento informado y un cuestionario autodiligenciado de nueve preguntas en el que se recoge información personal, la segunda parte fue una entrevista semiestructurada con quince preguntas dirigidas al profesional de la salud que labora en la SU, pues ellos brindaron la atención a los pacientes que han presentado la COVID-19 en diferentes situaciones de la enfermedad.

El cuestionario autodiligenciado se analizó mediante el programa Excel para obtener las características sociodemográficas de los PS y después se correlacionaron con los resultados de la entrevista. Por otra parte, la entrevista semiestructurada se aplica en el momento en que el profesional de la salud cuenta con el tiempo necesario y suficiente para realizarla, teniendo una cita (fecha, hora) que permita un ambiente cómodo para este proceso de investigación. La información obtenida se analizó por el método cualitativo clásico y se presenta la conclusión de cada pregunta, para, finalmente, entregar las conclusiones de las tensiones bioéticas de SU.

Los instrumentos para la recolección de los datos están relacionados en dos instrumentos. El primero es la encuesta autodiligenciada con las siguientes variables: un seudónimo con identificación, edad, género, estado civil y creencias o religión, procedencia, formación profesional y formación académica, tiempo de ejercicio de la profesión y tiempo de experiencia o desempeño en el servicio de

urgencias. Por su lado, la entrevista semiestructurada se orienta en la ética y cada una de sus preguntas presenta una situación vivida en relación con la atención de la persona enferma con COVID-19 y el profesional de la salud en SU, la cual contiene una tensión bioética y un principio bioético; entonces se buscó que con la respectiva respuesta se logre identificar, evidenciar, reconocer o solucionar la tensión bioética.

3.1. Definición de categorías

Para la entrevista semiestructurada se debe tener en cuenta las definiciones de categorías o términos que están relacionados en las preguntas para que el entrevistado tenga clara la pregunta o que no exista duda en cuanto a la tensión bioética y al principio bioético que se ha planteado. La intención es que el entrevistado descubra la manera en la que se puede plantea la pregunta y la respuesta entorno a la tensión bioética cuestionada, razón por la cual se tienen las definiciones de las tensiones bioéticas y los principios de la ética del cuidado y de mínimos y máximos).

3.1.1. *Definiciones de los principios en la ética del cuidado*

- Responsabilidad: capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.
- Universalidad: principio que se aplica a aquello que es válido para todos, es decir que es de carácter universal sin excepción alguna.
- Seguridad: un dispositivo o mecanismo que está diseñado para evitar riesgos o garantizar el buen funcionamiento; es la ausencia de peligro, daño o riesgo.
- Vulnerabilidad: capacidad disminuida de una persona para hacer frente a un peligro natural o causado por la actividad humana.

- Solidaridad: compromiso moral en quienes dispongan de los recursos para ayudar a otros a superar una situación crítica.

3.1.2. *Definiciones de los principios en la ética de mínimos y máximos*

- Beneficencia: acción y efecto de hacer el bien a los demás.
- No maleficencia: abstenerse intencionalmente de realizar acciones que puedan causar daño.
- Autonomía: capacidad de las personas para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala.
- Justicia sanitaria: regula la igualdad o proporción que debe haber entre las cosas cuando se dan o cambian unas por otras.

3.1.3. *Tensiones bioéticas*

- Crisis: una situación que muestra ausencia de las condiciones mínimas para atender una demanda o una necesidad que implica riesgo de vida del paciente o del profesional de salud.
- Conflicto: situación en la cual dos o más personas con intereses diferentes entran en confrontación o acciones mutuamente antagonistas para resolver una situación.
- Problema: una situación de conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin.
- Dilema: situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas.
- Angustia moral: situación en que una persona sabe cuál es la acción correcta pero se siente limitada para llevarla a cabo.

3.2. Población del estudio

En el servicio de atención de urgencias para adultos existen dos escenarios: SU y sala de observación, en los cuales laboran un total de 122 PS (tabla 1).

Cuadro 1.Profesionales de la salud en el servicio de urgencias de adultos.

Profesionales de la salud	**Sala de urgencias**	**Sala de observación**	**Cantidad por turno**	**Cantidad total**
Médico especialista	3	3	6	16
Médico general	3	4	7	28
Enfermera	1	4	5	20
Auxiliar de enfermería	4	7	11	44
Psicóloga	1	1	2	2
Trabajador social	1	1	2	2
Terapeuta respiratoria	1	1	2	6
Tecnólogo en radiología	1	1	2	4
Total	**15**	**21**	**36**	**122**

Los PS que laboran en el servicio de urgencias constituyen un grupo heterogéneo que se denomina grupo de trabajo asistencial porque son profesionales que atienden las necesidades de la persona enferma, en este caso particular los enfermos de COVID-19 (tabla 1). Se puede establecer que un turno de trabajo está compuesto por 36 PS, pero existen 3 turnos para 24 horas, pues en el turno de la noche se evidencia que algunos PS no hacen presencia laboral, entonces es necesario mostrar cuántos profesionales están activos en un día de trabajo.

Cuadro 2.Profesionales de la salud de que están 24 horas en el servicio de urgencias de adultos

Profesionales de la salud	**Mañana**		**Tarde**		**Noche**		**Cantidad total**
	Sala de urgencias	**Sala de observación**	**Sala de urgencias**	**Sala de observación**	**Sala de urgencias**	**Sala de observación**	
Médico especialista	3	3	3	0	1	1	11
Médico general	3	4	3	4	3	4	21
Enfermera	1	4	1	4	1	4	15
Auxiliar de enfermería	4	7	4	7	4	7	33
Psicóloga	1	1	1	1	0	0	4
Trabajador social	1	1	1	1	0	0	4
Terapeuta respiratoria	1	1	1	1	1	0	5
Tecnólogo en radiología	1	1	1	1	1	0	5
Total	**15**	**21**	**15**	**21**	**11**	**12**	**88**

Por esta razón, se determinó hacer la investigación de la población por el método de muestreo (citado en López, 2004, p. 69, 78) por cuota de la siguiente manera: médico general (4), médico especialista (4), enfermera jefa (4), enfermera auxiliar (4), técnico de radiología (2), terapeuta

respiratoria (2), psicología (2), trabajo social (2). De esta manera se mantiene en equilibrio el grupo de profesionales de la salud con la muestra por muestreo en cuota de 24 (tabla 2).

3.2.1. *Selección de participantes*

Los PS del servicio de urgencias constituyen un grupo heterogéneo por situaciones de formación profesional y académica, funciones y roles laborales, jerarquía asistencial, tiempo ejercicio de la profesión y tiempo de desempeño en el servicio de urgencias; también hay diferencia en edad, género, estado civil y creencias o religión, entre otros, sin embargo, con estas diferencias no hay criterios de exclusión y, por lo tanto, todos los PS de característica asistencial pueden participar.

Se debe agregar que, los participantes en la encuesta auto diligenciada se asignaron de manera autónoma su propio seudónimo para conservar su identidad de manera confidencial, quedando de la siguiente manera la lista de los participantes: AMC, MFEM, JOENCAR, Médico internista, David2201, Fresita, La negra, Nebulosa, Chavita, Corona, Estrella, Morocha, Caya Pérez, Pily, Jesús, Manzana, Mi gorda bella, Pacho, Flor, Isabel Cuellar, Mafalda, MFAM, MAZ y Gus; de manera que, en ningún caso el participante queda identificado entre el grupo general de PS. Los PS participan por invitación y lo hacen de manera voluntaria con una cita previa para luego realizar la entrevista y con las respectivas consideraciones éticas del acuerdo de confidencialidad y consentimiento informado.

3.2.2. *Tiempo del estudio*

Para la realización de la investigación sobre las tensiones bioéticas en SU se tienen en cuenta cuatro fases: la primera corresponde a la elaboración de la encuesta y la entrevista, momento en el que se realiza la prueba piloto (Meneses y Rodríguez, 2011, p. 28) y los ajustes en agosto. La segunda fase es la aplicación de la encuesta y la entrevista en septiembre, todo con la utilidad para la recolección de los datos. Tanto la encuesta como la entrevista semiestructurada tienen que realizarse en un tiempo

establecido de sesenta minutos por profesional de la salud. En la tercera fase se realiza el análisis y se sacan las conclusiones de la información obtenida en la encuesta y la entrevista semiestructurada durante octubre y noviembre. La cuarta fase es para entregar lo acordado, es decir, la identificación, la descripción y el análisis de las tensiones bioéticas que presentaron los PS que están brindando la atención en el servicio de urgencias. El informe final se entrega en diciembre del 2021.

3.3. Análisis de variables

La frecuencia y el porcentaje se identifican mediante el cruce de dos variables, lo cual se conoce como el cuadro de contingencia de que en una atención sanitaria en SU por parte de los PS sea evidenciada, identificada y solucionada la tensión experimentada o vivida en las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19. Se establece en probabilidad de unión o intersección en cuatro cuadrantes.

Cuadro 3. Identificación de frecuencia y porcentajes de dos variables

Pregunta a evaluar	Tensión: T + 1	Tensión: T - 1	
Principio: P + 1	(T + 1 y P + 1) = A	(T - 1 y P + 1) = B	A + B
Principio: P - 1	(T + 1 y P - 1) = C	(T - 1 y P - 1) = D	C + D
	A + C	B + D	A + B + C + D

3.3.1. *Para los cuadrantes cardinales*

- Principio: P + 1 es el principio que es reconocido por el participante en la pregunta y que está influenciando la tensión bioética en la atención y en el servicio.
- Principio: P - 1 es el principio que no es reconocido por el participante en la pregunta y que no está influenciando la tensión bioética en la atención y en el servicio.

- Tensión: T + 1: se considera que el participante evidencia, identifica o soluciona la tensión bioética en la situación durante la atención y en el servicio.
- Tensión: T - 1: se considera que el participante no evidencia, no identifica o no soluciona la tensión bioética en la situación durante la atención y en el servicio.

3.3.2. Para los cuadrantes internos

- (T + 1 y P + 1) = se establece como el participante o número de participantes que evidencia, identifica o soluciona la tensión bioética y reconoce el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio, entonces pertenece al cuadrante A.
- (T - 1 y P + 1) = se establece como el participante o número de participantes que evidencia, identifica o soluciona la tensión bioética pero no reconoce el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio, entonces pertenece al cuadrante B.
- (T + 1 y P - 1) = se establece como el participante o número de participantes que no evidencia, identifica o soluciona la tensión bioética, pero reconoce el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio, entonces pertenece al cuadrante C.
- (T - 1 y P - 1) = se establece como el participante o número de participantes que no evidencia, identifica o soluciona la tensión bioética y no reconoce el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio, entonces pertenece al cuadrante D.

3.3.3. ***Para los cuadrantes externos***

- A + B es determinado como la sumatoria de participantes que algunos sí y otros no evidencian, identifican o solucionan la tensión bioética, pero reconocen el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio.

- C + D es determinado como la sumatoria de participantes que algunos sí y otros no evidencian, identifican o solucionan la tensión bioética y no reconocen el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio.
- A + C es determinado como la sumatoria de participantes que sí evidencian, identifican o solucionan la tensión bioética y sí reconocen el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio.
- B + D es determinado como la sumatoria de participantes que no evidencian, identifican o solucionan la tensión bioética y que unos sí y otros no reconocen el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio.
- A + B + C + D es determinado como la sumatoria total de participantes que algunos sí y otros no evidencian, identifican o solucionan la tensión bioética más los que sí y los que no reconocen el principio bioético en la situación durante la atención y en el servicio. Es el total de participantes (100 %) y de allí se obtiene el porcentaje de los cuadrantes internos.

3.4. Consideraciones éticas

Este proyecto va encaminado en pro del desarrollo de nueva literatura científica en bioética que sea de gran utilidad para el hospital, el departamento del Huila y el país. El alcance será determinado por el análisis de los resultados y las conclusiones obtenidas a partir de la participación de los PS que ingresen en el estudio. No se desconoce el componente local que corresponde al servicio de urgencias, pues los resultados deben ser de vital apoyo en la elaboración de un protocolo y en la inclusión de elementos claves para la identificación y el análisis de las tensiones bioéticas en la SU. Esta investigación contiene en su construcción el marco ético vigente en relación con la Ley 23 de 1981 (Sánchez, s.f.), la Resolución 8430 de 1993, artículo 11, la Ley 1581 del 2012, artículo 5 y 6, la Declaración de Helsinki del 2013 y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) del 2017.

En la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Para el desarrollo de esta investigación se hará énfasis en el título II que trata de la investigación en seres humanos: capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, artículo 5 sobre el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, artículo 6 sobre los criterios a tener en cuenta en una investigación en seres humanos, artículo 8 sobre la protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Teniendo en cuenta la Ley 23 de 1981, en la que se dictan las normas en materia de la ética médica, y la Resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto se considera una investigación sin riesgo. Según esto y en relación con el parágrafo primero del artículo 16, se solicita la exención del acto del consentimiento informado de los PS del servicio de urgencias que participan en la investigación. Adicionalmente, al inicio de la entrevista a profundidad se incluye una descripción de la intención del estudio, de tal manera que el PS puede declarar su deseo de no participar en la investigación.

La realización de la presente investigación no conlleva en su concepto, en su desarrollo, ni en la publicación de resultados lesiones a la dignidad humana y menos aún en la integridad de las personas que intervienen en el estudio. Se garantizan los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia para el manejo de todos los datos y la información recolectada a través de las entrevistas. La información se utiliza exclusivamente con fines investigativos y no es usada en detrimento de la integridad física, moral y espiritual de los participantes; esta se almacena en la nube del sistema de almacenamiento y está protegida por un usuario y contraseña al cual solo puede acceder el investigador principal, siguiendo lo estipulado en la ley de datos y seguridad del paciente con respecto al manejo de la información.

Se tiene acceso a los datos del paciente únicamente para los fines de la investigación presente, por lo que se presenta la solicitud de autorización del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Finalmente, el investigador firma el acuerdo de confidencialidad para poder revisar y llevar privacidad en la información. La investigación tiene impacto a corto plazo para mejorar las tensiones a nivel local en el servicio de urgencias del HUHMP, a mediano plazo cuando se socialicen sus resultados en otros hospitales que tienen características similares y a largo plazo cuando se instaure la consulta de un bioéticista que interactúe con los PS en los diferentes servicios en el interior del hospital.

3.4.1. *Seguridad de la información*

La información de los sujetos se mantiene de manera anónima y es registrada en los formatos de recolección de información, omitiendo elementos que permitan su identificación, como iniciales o número de documento de identidad. En lugar de estos se emplea el correo electrónico como identificación y guía de inclusión en la investigación, previa autorización del entrevistado. Este es un estudio de corte trasversal que emplea el registro de datos a través de una entrevista a profundidad.

3.4.2. *Riesgo*

Este proyecto de investigación se clasifica como sin riesgo.

3.4.3. *Alcance*

A corto plazo, con este trabajo de investigación se espera realizar una publicación en una revista indexada, al igual que el reconocimiento local, regional y nacional de las tensiones en la atención médica en SU.

3.4.4. *Impacto*

Se espera que este proyecto de investigación genere nuevos conocimientos y aporte al desarrollo investigativo en general. Adicionalmente, permitirá un protocolo para el manejo de las tensiones en la atención médica en urgencias.

3.4.5. *Costo-beneficio*

Entre sus beneficios está ampliar los conocimientos y desarrollar estrategias que permitan abordar las limitaciones y problemáticas identificadas en la atención médica de los diferentes servicios.

3.4.6. *Reflexión sobre la pertinencia social*

Los potenciales beneficios es el mejoramiento de la atención en el servicio de urgencias como resultado de identificar las tensiones bioéticas en la atención. En general, la metodología permite la aplicación de dos instrumentos para la recolección de la información, como son: un cuestionario y una entrevista semiestructurada son los necesarios para obtener la información sobre la investigación de la experiencia que vive el profesional de la salud cuando atiende a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en el hospital universitario de Neiva, pues por medio de esta metodología es posible obtener la relación de la pandemia COVID-19, las tensiones bioéticas, las éticas del cuidado y de máximos y mínimos como sus principios bioéticos. Todo lo anterior, lleva a los lograr los resultados finales de la investigación.

3.5. Características sociodemográficas

A partir de la encuesta aplicada a los PS que laboran en el SU del HUHMP y a través de la recolección de los datos obtenidos se describen las características sociodemográficas y culturales de los 24 participantes de la investigación sobre las tensiones bioéticas en el periodo de tiempo (2020) en el que

se atendieron personas con sintomatología respiratoria, sospecha o diagnóstico confirmado y tratamiento relacionado a la pandemia por la COVID-19.

Cuando se revisan los datos recolectados de los 24 PS se observa que todos son procedentes del área urbana de la ciudad de Neiva. Por otra parte, de los 24 PS 17 son de género femenino, un 71 % de los participantes entrevistados. Así mismo, se encontró que el mayor número de mujeres pertenece al gremio de enfermería, seguido por las médicas generales y luego los grupos de dos personas de terapia respiratoria, psicología y trabajo social. Participaron siete personas del género masculino correspondientes al 29 %: tres médicos especialistas, dos enfermeros auxiliares, un médico general y un tecnólogo de radiología.

Según el registro en la variable edad (años), se encontró el mayor número de personas (11) en el grupo etario de 29 a 38 años que corresponde al 46 % de los entrevistados, seguido por el grupo etario de 39 a 48 años (7) para un 29 %, grupos etarios en los que se encuentra el 75 % de los profesionales. Los grupos etarios de los extremos son 18 a 28 años y 48 a 58 años, cada uno tiene de a 3 participantes que corresponden a un 12 %.

En relación con la variable de creencia religiosa, se encontró que veintiún participantes (87 %) tienen orientación católica, y tres participantes (13 %) tienen otra orientación religiosa, como es un auxiliar de enfermería, una psicóloga y un tecnólogo de radiología.

Sobre el estado civil, hay catorce participantes solteros (58 %), grupo mayoritario en el que se encuentran los cuatro médicos especialistas, dos psicólogas y tres enfermeros auxiliares, seis participantes se encuentran casados (25 %), tres participantes están separados (12 %) y un participante está en unión libre (4 %).

Según la profesión, se encuentra el mayor número de personas en el grupo de medicina y enfermería con ocho participantes en cada grupo profesional y con un equivalente del 34% para un total de 68 % de los dos gremios, seguido de los otros grupos minoritarios que están conformados por dos

participantes en psicología, dos en trabajo social, dos en fisioterapia y dos en radiología, cada uno equivale a 8 %. La escolaridad corresponde a doce profesionales (50 %), seis especialistas (25 %), y cuatro enfermeros auxiliares (17%) y dos tecnólogos en radiología (8%) que estudiaron en institutos no universitarios.

En cuanto a la experiencia profesional (años), se encontró que quince participantes (63 %) cuentan con una amplia experiencia mayor a 11 años en su profesión, entre los cuales el gremio de enfermería es el más representativo con ocho participantes. Luego se encuentran seis participantes con diferentes profesiones en el grupo de 1 a 5 años (25 %) y también se hallaron tres participantes con diferentes profesiones en el grupo de 5 a 10 años (12 %).

En resumen, la información obtenida a partir de la encuesta aplicada a los profesionales de la salud que laboran de manera asistencial en la SU del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva evidencia que los veinticuatro (24) participantes constituyen un grupo heterogéneo, pues diecisiete(17) son mujeres y siete (7) hombres; hay catorce (14) solteros, seis (6) casados y tres (3) separados; todos viven en el urbana de Neiva; veintiún (21) identifican su creencia religiosa como católica; hay ocho (8) médicos, ocho (8) enfermeras, dos (2) psicólogas, dos (2) trabajadoras sociales, dos (2) terapeutas respiratorias y dos (2) tecnólogos en radiología; existen diferentes edades, diferentes años en la profesión y diferentes años de experiencia laboral en la SU. Por lo anterior, esta información da una dinámica importante en la investigación porque permite recoger diferentes respuestas e interpretaciones sobre las preguntas planteadas; del grupo en general se identifica que hay roles profesionales y funciones en la atención del paciente que deducen variadas respuestas y, desde luego, análisis no homogéneos.

4. Resultados y análisis de las entrevistas

En este capítulo se tratará la investigación realizada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva sobre las tensiones bioéticas en SU, en donde se aplicaron a 24 PS que atendieron usuarios con sintomatología respiratoria relacionada a la pandemia de la COVID-19 las entrevistas semiestructuradas en un periodo de tiempo (2020).

Las entrevistas semiestructuradas se constituyeron por 15 preguntas hechas a los 20 PS en rol asistencial o de atención directa al usuario y 14 preguntas para las 4 PS en el rol de apoyo psicosocial y que durante la atención sanitaria han presentado una experiencia o han vivido una situación de tensión bioética que está inmersa en la ética del cuidado o en la ética de máximos y mínimos. Frente a la atención sanitaria realizada hay una condición final que es la probabilidad de que los PS que participaron en la entrevista y dieron sus respuestas hallan logrado identificar o solucionar la tensión y hallan reconocido el principio bioético que está presente según la ética aplicada. La información obtenida en las entrevistas se ha descrito mediante el eje de análisis, el criterio para la clasificación, la solución propuesta por los entrevistados y su análisis en cada una de las preguntas de la entrevista.

4.1. Pregunta número 1

Durante la jornada de trabajo en el servicio de urgencias, ¿usted ha experimentado algún conflicto para los PS sobre la no realización de la radiografía de tórax de manera inmediata a un paciente asintomático respiratorio con diagnóstico de COVID-19 positivo, asociado al principio de no maleficencia por el retraso en definir tratamiento y ubicación del paciente en hospitalización? ¿Qué manejo puede mencionar al respecto?

4.1.1. Ejes de análisis

- Ética de máximos y mínimos

- Conflicto (tensión) y no maleficencia (principio)

4.1.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta número 1, se ha considerado tener en cuenta dos opciones de respuesta para categorizar de manera objetiva las respuestas cualitativas de los participantes. Dicho lo anterior, para la tensión de conflicto se ha establecido la categoría "Soluciona" que hace referencia a quienes realizan *alguna acción o gestión para solucionar el conflicto y* "No soluciona" para aquellos participantes que en su respuesta *no determinen ninguna acción*, al igual que para el principio las respuestas de "Reconoce" y "No reconoce". Hay que mencionar que, cuando el profesional soluciona el conflicto de "la no realización de la radiografía de tórax", directamente estaría reconociendo el principio de no maleficencia dado que la acción o solución del conflicto disminuye el retraso en definir el tratamiento y la ubicación del paciente en hospitalización. A continuación, se hará una descripción de las respuestas por grupos profesionales/ocupación.

4.1.3. Solución propuesta por los entrevistados

En los médicos especialistas, se presenta discrepancia médica ya que dos solucionan al pretender realizar una acción/gestión que facilite la toma de la radiografía de tórax y dos no solucionan la eventualidad. Esto puede deberse a situaciones clínicas independientemente de la especialidad, puesto que los riesgos y beneficios pueden llegar a tener una mirada subjetiva y ahí es donde, al tener conceptos diferentes, se genera la confrontación que crea el *conflicto*. Por otro lado, tres (3) profesionales identificaron el principio de no maleficencia, teniendo en cuenta que es no hacer daño intencionalmente agilizando la toma de la imagen. Estos momentos clínicos suelen ser frecuentes en la interacción por diversas especialidades, presentándose en otras patologías y en otros servicios.

Los médicos generales consideran que esperar es lo mejor para el paciente en urgencias y aprovechar que puedan acordar con el servicio de radiología el respectivo traslado, al igual que establecer un trabajo de colegas asertivo para solucionar la toma de la radiografía de tórax.

Por las actividades interdisciplinarias, se podría considerar que las enfermeras toman una postura activa ante la solución de conflictos como el del panorama de la pregunta, por lo tanto, activan protocolos y realizan gestiones permanentes con los equipos de apoyo, como imagenología, para la toma de imágenes diagnósticas que sirven para definir la conducta de los pacientes y la dinámica del servicio'.

El equipo de trabajo social no participa en las decisiones clínicas directamente con el paciente, no obstante, aportan conceptos que refuerzan estas decisiones, es por esto que Pily es más activa en la decisión ya que considera que el principio de no maleficencia está en el hecho de actuar para buscar una solución, es decir realizar la toma de la radiografía, y Caya opina lo contrario, es decir, que no interferir en el actuar del grupo médico es no hacer daño al paciente.

Del equipo auxiliar de enfermería podríamos inferir que por las funciones que realizan a diario solucionan y reconocen con mayor facilidad esta tensión y principio, es por ello que tres de los cuatro profesionales realizarían alguna acción para solucionar el conflicto y agilizar la definición del tratamiento del paciente. En cuanto a las terapias respiratorias, se puede considerar que, aunque por su ejercicio profesional no participan en las órdenes médicas y de enfermería, sí participan en los actos médicos, lo que las lleva a justificar su accionar en ''informar o comunicar'' en primera medida a los profesionales responsables, que serían los médicos, para abstenerse de realizar acciones que causen daño al paciente.

Por su lado, las psicólogas no participan en las órdenes médicas y las decisiones de enfermería, no obstante, sí interactúan principalmente con el paciente y su familia como equipo de apoyo, como se puede evidenciar en las dos profesionales al explicar a la familia la situación del retraso en la toma de la radiografía de tórax. Sin embargo, una de ellas toma una postura activa y empoderada no solo para

actuar desde el equipo interdisciplinar, sino también para buscar una solución inmediata con otros actores externos como el auditor. Por otro lado, podríamos justificar la decisión de MFAM de que su inacción ante sus compañeros no lleva a ninguna acción que entorpezca la toma del examen, pero que ha de indagar la gestión para poder informar al paciente y la familia tanto lo que está ocurriendo en ese momento en el servicio como la razón por la que no se ha tomado la imagen diagnóstica ni definido la conducta clínica.

Los técnicos de radiología son los únicos profesionales que identificaron el conflicto y generaron una solución alterna a la del resto del equipo interdisciplinar porque consideran la variable de que la manera de realizar la toma de la imagen puede estar dada por algo que dificulte la movilidad del paciente. Por ello, de manera unificada los dos proponen que se realice un portátil para que se agilice la toma de la decisión clínica de estancia hospitalaria para el paciente.

4.1.4. Análisis de la pregunta 1

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre cómo manejar el retraso para realizar una radiografía de tórax en un paciente con COVID-19, se encontró que la mayoría soluciona la tensión tipo conflicto y reconoce el principio de no maleficencia (anexo tablas y 2). Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes catorce (58 %) solucionan el conflicto y dieciséis (16) (67 %) reconocen el principio de no maleficencia, destacándose que hay un buen desarrollo al gestionar o aliviar la tensión tipo conflicto en los PS en SU en la ética de máximos y mínimos, considerando que mínimos es un concepto universal o global (anexo tabla 3).

En la pregunta sobre la no realización oportuna de la radiografía de tórax en el paciente con COVID-19, se identificó que para el profesional de la salud es más frecuente solucionar una dificultad o gestionar para resolver la situación presentada y que se logra reconocer que se presentaría un posible daño para el paciente el hecho de no hacer la radiografía de tórax de manera oportuna. Se obtiene

entonces un resultado favorable de catorce (14) PS (58%), pues el profesional de la salud tiene una buena respuesta para la tensión *conflicto* presentada en SU (anexo tabla 4).

En este sentido, sobre la pregunta 1, en el cuadrante A se encuentran diecisiete (17) participantes, catorce (14) de ellos son mujeres y dos (2) son solteras; entre los PS están los tecnólogos en radiología, las terapeutas respiratorias, tres (3) de las cuatro (4) enfermeras y tres (3) de las cuatro (4) auxiliares de enfermeras. En el cuadrante D se encuentran ocho (8) participantes, cinco (5) mujeres, dos (2) de ellas solteras. Se puede establecer que el cuadrante A y D tienen grupos heterogéneos, sin ninguna diferencia importante en la decisión tomada; solo se puede explicar que el grupo del cuadrante A gestiona y favorece la atención del paciente y evidencia preocupación en SU en comparación con el grupo del cuadrante D que es indiferente antes la atención del paciente. La mayoría de participantes está en el cuadrante A (anexo tabla 5).

4.2. Pregunta número 2

Cuando un paciente tiene el diagnóstico de COVID-19 positivo y necesita el traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para soporte de oxígeno con cánula nasal de alto flujo, pero no hay disponibilidad de cama UCI en el hospital, lo justo es trasladar al paciente a otra institución de salud (IPS), sin embargo, se evidencia un problema con la empresa promotora de salud (EPS), pues no se cuenta con la contratación suficiente para el traslado. ¿Para usted cuál es la solución en términos de atención inmediata al paciente que requiere de la UCI?

4.2.1. Ejes de análisis

- Ética de máximos y mínimos
- Problema (tensión) y justicia (principio)

4.2.2. Criterio para la clasificación

Se ha considerado tener dos opciones de respuesta para clasificar en la tabulación las respuestas cualitativas de manera objetiva, de manera que se facilite el análisis de la información proporcionada por los entrevistados. Por lo anterior, en la tensión *problema* se catalogarán las respuestas como "Solución" cuando el PS ofrece una alternativa en el servicio donde se encuentre el paciente de atención diferente a la UCI hasta que se logre el respectivo traslado en el interior del hospital, teniendo en cuenta que la EPS no tiene el contrato y no soluciona ya que no realiza ninguna acción encaminada a ofrecer una alternativa de atención. Para el principio de *justicia*, se encasillarán las respuestas como "Reconoce" cuando el profesional sabe que independientemente de la contratación de esa EPS no se le debería negar o presentar dificultades en el traslado a UCI y se continúa gestionando para que sea posible y en ese momento el paciente recibe los servicios médicos en el servicio de urgencias, adaptándolo como si fuese una UCI para tener esas condiciones de igualdad; de no ser así, se marcará que "No reconoce" el principio.

4.2.3. Solución propuesta por los entrevistados

Los médicos especialistas solucionan el problema en SU con el soporte por la cánula de alto flujo y reconocen el principio de la justicia porque ofrecen al paciente con COVID-19 un tratamiento hasta que se logra el traslado a una UCI.

Los médicos generales tienen dos posturas: están aquellos que solucionan el problema en SU con el soporte por la cánula de alto flujo y que además reconocen el principio de la justicia, y, son Fresita y La negra, por el contrario, aquellos Nebulosa y David 2021 que proponen una actitud pasiva de traslado o reubicación de UCI del paciente con COVID-19, lo que indica que reconocen el principio de la justicia, pero no solucionan el problema con actos relacionados al tratamiento.

Las profesionales en enfermería tienen una propuesta activa para solucionar el problema en SU cuando determinan adaptar la atención de UCI para el paciente con COVID-19 y reconocen el principio de la justicia porque ofrecen el tratamiento de UCI temporal hasta que se logra el traslado a una UCI.

Los profesionales en trabajo social manifiestan una solución al problema cuando proponen que el hospital tiene los insumos y la capacidad para atender al paciente tanto en SU cómo en una UCI, y reconocen el principio de la justicia porque consideran que el paciente con COVID-19 debe recibir una atención especial en oficina que garantice los derechos humanos, como es la personería municipal.

En el grupo de los auxiliares de enfermería se encuentra que dos Pacho y La gorda bella solucionan el problema en SU mediante un soporte por la cánula de alto flujo y reconocen el principio de la justicia con una aptitud de apoyo de la oficina de referencia y de auditoría. Por otro lado, Jesús y Manzana no actúan en el propósito de reconocer el principio de justicia pues no son proactivos en el traslado a una UCI.

En cuanto a las terapeutas respiratorias, “Flor” soluciona el problema y reconoce el principio de la justicia al determinar la atención de UCI en SU. Caso contrario sucede con Isabella Cuellar pues no soluciona el problema y no reconoce el principio de justicia.

En cuanto a las psicólogas, “Mafalda y MFAM” sí solucionan el problema y reconocen el principio de la justicia al determinar la atención de UCI en SU. Así mismo, mencionan que se puede pedir ayuda a la oficina que garantiza los derechos humanos, como Supersalud, y socializan a la familia la situación presentada.

En cuanto a los tecnólogos de radiología, “Gus y MAZ” reconocen el principio de la justicia ya que determinan que se adapte una UCI temporal en SU, sin embargo, solo “Gus” soluciona el problema al organizar la sala de reanimación en servicio del paciente.

4.2.4. Análisis de la pregunta 2

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre cómo solucionar la atención inmediata al paciente con COVID-19 que requiere de UCI, se encontró que la mayoría solucionan la tensión tipo problema y reconocen el principio de justicia (anexo tablas 6 y 7). Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes diecisiete (17) (75 %) solucionan el problema y diecinueve (19) (83 %) reconocen el principio de justicia, destacándose que se puede ofrecer un tratamiento hasta que se logre el traslado a una UCI o también organizar la sala de reanimación al servicio del paciente. De esta manera se soluciona la tensión tipo problema en los PS en SU entorno a la ética de máximos y mínimos, considerando que la ética de mínimos es aplicada para lo universal o global (anexo tabla 8).

En la pregunta sobre la atención del paciente cuando este requiere una UCI como servicio especial y no está disponible, se obtiene que para los PS es más frecuente solucionar la tensión *problema* cuando al mismo momento reconoce el principio de justicia al asistir al paciente en la SU hasta que se logre el traslado a la UCI, evidenciando que se obtiene un resultado favorable en el 62 % de los casos (anexo tabla 9).

En este sentido, sobre la pregunta 2, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran dieciséis (17) participantes, once (11) de ellos mujeres, seis (6) solteras; entre los PS están los cuatro (4) médicos especialistas, las cuatro (4) enfermeras, uno de los cuatro (4) auxiliares de enfermeras, uno de los dos (2) tecnólogos en radiología y una de las dos (2) terapeutas respiratorias. En el cuadrante D se encuentran dos (2) participantes y una de ellos es una mujer casada. Se puede inferir que el grupo A y D tienen grupos heterogéneos; solo se puede explicar que el grupo del cuadrante A gestiona y favorece la atención del paciente y evidencia preocupación en SU en comparación con el grupo del cuadrante D que es indiferente ante la atención del paciente. La mayoría de participantes está en el cuadrante A (anexo tabla 10).

4.3. Pregunta número 3

Usted como profesional de la salud que trabaja en SU atendiendo pacientes con dificultad respiratoria y con diagnóstico de COVID-19, en cuanto al principio de beneficencia, reconoce que un paciente en el turno necesita un TAC de tórax y debe ser llevado al área de imágenes diagnósticas, pero en el momento no hay elementos de protección personal (EPP) suficientes. ¿Considera que para hacer el traslado para la tomografía lo mejor es participar de inmediato sin los EPP o esperar a que estén todos los EPP?

4.3.1. Ejes de análisis

- Ética de máximos y mínimos
- Crisis (tensión) y beneficencia (principio)

4.3.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta número 3, se ha considerado categorizar dos opciones de respuesta: para la tensión *crisis* se establece la respuesta "Identifica" la crisis cuando se considera que "en el momento no hay elementos de protección personal (EPP) suficientes" y se establece para el principio de beneficencia que "Aplica" cuando el profesional conoce "que un paciente en el turno necesita un TAC de tórax y debe ser llevado al área de imágenes diagnósticas". Se concluye que el principio de beneficencia se cumple cuando al paciente sí se le realiza el examen de tomografía con o sin EPP.

4.3.3. Solución propuesta por los entrevistados

Todos los médicos especialistas identifican la tensión *crisis*, sin embargo, no se aplica el principio de beneficencia (acción y efecto de hacer el bien a los demás) porque no se realiza el TAC de tórax.

En el grupo de los médicos generales, todos identifican la tensión *crisis*, sin embargo, no aplican el principio de beneficencia porque no se realiza el TAC de tórax.

En cuanto a las enfermeras, la enfermera Chavita no identifica la *crisis* y ordena realizar el TAC aplicando el principio de beneficencia y las enfermeras Corona, Estrella y Morocha identifican la *crisis,* pero el principio de beneficencia es aplicado solo por Estrella. Las enfermeras Chavita y Estrella logran una dinámica proactiva en el paciente al hacer las órdenes de imágenes teniendo en cuenta que no hay EPP suficientes.

Para el grupo de PS en trabajo social, es muy claro y se identifica que deben existir todas las medidas de seguridad en el personal de salud que hace el traslado del paciente al examen TAC de tórax, por lo cual es evidente que si no aplica el principio de beneficencia cuando esperan a que los EPP estén completos.

Las enfermeras auxiliares consideran que es necesario tener en cuenta la gran importancia que tiene el uso de los EPP para el traslado de pacientes, por tanto, si en el momento no hay elementos de protección personal (EPP) suficientes, es determinante esperar para que todo el personal de salud los tenga. En cuanto al principio de beneficencia, no se aplica porque se debe esperar la bioseguridad del personal para el traslado.

Las terapeutas respiratorias identifican la crisis por la falta de EPP para la atención del paciente, y plantean que es necesario diferir el examen hasta el momento en que haya suficientes elementos de protección personal (EPP), por tanto, no se aplica el principio de beneficencia, pues el TAC de tórax no se lleva a cabo.

Las PS en psicología identifican la crisis por la falta de EPP en SU, definiendo que la seguridad del personal de salud que hace el traslado va primero, y no se aplica el principio de beneficencia porque el examen TAC no se realiza por esperar a que estén los EPP completos.

En cuanto a los tecnólogos en radiología, se aprecia que identifican la crisis cuando evidencian que es necesario tener en cuenta que en el momento no hay elementos de protección personal (EPP)

suficientes para el personal de traslado del paciente al tomógrafo, por lo anterior no se aplica el principio de beneficencia cuando se establece que se debe esperar para realizar el examen.

4.3.4. Análisis de la pregunta 3

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre si se debe hacer el traslado del paciente con COVID-19 para la tomografía de inmediato sin los EPP o esperar a que estén todos los EPP, se encontró que la mayoría identifica la tensión tipo crisis y no aplica el principio de beneficencia (anexo tablas 11 y 12). Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes veintitrés (23) (96 %) identifican la crisis y veintidós (22) (92 %) no aplican el principio de beneficencia al destacar que no se puede realizar el traslado para sacar la tomografía porque faltan los EPP y, por tanto, es mejor esperar a que estén completos, ya que se piensa que la bioseguridad de los PS es lo correcto. De esta manera, se identificó la tensión tipo crisis entorno a la ética de máximos y mínimos, considerando que la ética de máximos es aplicada para lo individual o específico (anexo tabla 13).

En la pregunta sobre el hecho de que los EPP no están completos para el traslado del paciente al examen, se ha determinado que los PS pueden solucionar la tensión *crisis* y reconocen el principio de beneficencia cuando consideran que pueden presentarse serios riesgos de infección por COVID-19 para el personal de salud en SU. Por lo anterior, es evidente que se obtiene un resultado favorable del 91 %, pues el profesional de la salud tiene una buena respuesta para la tensión *crisis* que se ha presentado en SU (anexo tabla 14).

En este sentido, sobre la pregunta 3, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran veintidós (22) participantes, quince (15) de ellos mujeres, diez (10) casadas; entre los PS están dos (2) de las cuatro (4) enfermeras y el resto de los profesionales; en el cuadrante D no se encuentran participantes. Se puede establecer que el cuadrante A y D tienen grupos heterogéneos, y que no se puede comparar el cuadrante A con el D. Por lo anterior, se puede explicar que el grupo del

cuadrante A evidencia preocupación por el bienestar y la seguridad del PS de SU anteponiéndolos a la atención del paciente porque se debe evitar que el personal de salud se infecte. La mayoría de participantes está en el cuadrante A (anexo tabla 15).

4.4. Pregunta número 4

En el tiempo en que comenzó la pandemia por la COVID-19 (de marzo a junio del 2020) en Neiva debido a las condiciones en la atención en SU se presentó una situación de dilema sobre el tratamiento para la persona con el virus: mantener o abandonar el tratamiento cuando se duda si se pueden obtener buenos resultados. Por su autonomía como profesional de la salud, ¿considera que lo indicado es continuar o suspender la terapia cuando el paciente no presenta mejoría de su salud?

4.4.1. Ejes de análisis

- Ética de mínimos y máximos
- Dilema (tensión) y autonomía (principio)

4.4.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta número 4, que hace referencia a la tensión *dilema* y al principio *autonomía* por el profesional de la salud y se ha considerado tener tres opciones de respuesta para categorizar las respuestas cualitativas de manera objetiva lo cual facilita el análisis de los datos y la información proporcionada por los entrevistados. Por lo anterior, en la tensión *dilema* se clasificarán las respuestas como “Abandona” (cuando se retira el tratamiento), “Mantiene” (cuando se sigue el tratamiento) o “No define” (cuando no decide sobre el tratamiento); así mismo, se establece para el principio de *autonomía* cuando se determina que el paciente debe “Continuar” o “Suspender” (aunque el paciente no presenta

mejoría de su salud) o “No reconoce” que es la mejor decisión para el paciente, favoreciendo la autonomía.

4.4.3. Solución propuesta por los entrevistados

Los médicos especialistas han decidido sobre el tratamiento del paciente con COVID-19 que, aun observando que los resultados no logran ser favorables o exitosos, solucionan y escogen mantener la terapia. Los médicos especialistas tienen como función principal ordenar los tratamientos a cada paciente, entonces tienen la autonomía profesional para decidir qué deben recibir o qué se debe retirar y en muchas ocasiones hacen el ajuste del tratamiento. En cuanto a la autonomía profesional, ellos tienen toda la capacidad para decidir y en este caso se inclinaron por continuar la terapia.

En el grupo de médicos generales, 3 reconocen que hay un efecto directo en la relación del dilema y del principio, por tanto, ellos pueden enfrentar una situación de no avanzar en nueva terapia y determinar que el tratamiento ha sido insuficiente ante una enfermedad nueva, más cuando hay un gran desconocimiento en los tratamientos. Por su lado, un médico general no actúa por la indecisión o por esperar a que lo determine el médico especialista como profesional directo de la orden de tratamiento; en ese caso el médico general es un actor pasivo, reconociendo que se define con heteronomía por establecer una decisión propia.

En el grupo de enfermeras, tres (3) solucionan el dilema con la decisión de abandonar el tratamiento y una (1) decide continuarlo. En cuanto al principio de autonomía del profesional de la salud, este grupo tiene la función de enfermera jefe, quienes atienden las órdenes del tratamiento y por lo general no toman decisiones específicamente sobre el tratamiento, pero su opinión sí es respetada.

Las trabajadoras sociales solucionan el dilema al decidir mantener el tratamiento. En cuanto al principio de autonomía del profesional de la salud, la trabajadora social no tiene decisión en si se debe

continuar o suspender el tratamiento del paciente ya que la potestad queda en el médico tratante que analiza la situación de salud del paciente.

En el grupo de enfermeras auxiliares, dos (2) solucionan el dilema con la decisión de abandonar el tratamiento, otra (1) decide continuarlo y otra (1) está indecisa, por lo tanto, se evidencia la angustia moral. En cuanto al principio de autonomía del profesional de la salud, este grupo tiene la función de enfermera auxiliar, quienes reciben y atienden las órdenes del tratamiento, y por lo general no toman decisiones específicamente sobre el tratamiento, pero lo importante es que comunican a sus compañeros de mayor jerarquía, como los médicos, la situación de salud del paciente.

Los terapeutas respiratorios no solucionan el dilema porque no toman la decisión de abandonar o continuar el tratamiento en el paciente, sin identificar un estado de angustia moral. En cuanto al principio de autonomía del profesional de la salud, este grupo no tiene decisión para el tratamiento del paciente, todo queda en el médico para que indique si continuarlo o suspenderlo según la situación de salud del paciente.

Las psicólogas consideran en solucionar el dilema orientando y toman la decisión de continuar el tratamiento en el paciente. En cuanto al principio de autonomía del profesional de la salud, este grupo no tiene decisión para el tratamiento del paciente, todo queda en el médico tratante que analiza la situación de salud del paciente para indicar si se debe continuar o suspender.

Los tecnólogos de radiología no solucionan el dilema porque no toman la decisión de abandonar o continuar el tratamiento en el paciente, pero esto no devela un estado de angustia moral. En cuanto al principio de autonomía del profesional de la salud, este grupo no tiene decisión para el tratamiento del paciente, todo queda en el médico tratante que analiza la situación de salud del paciente para indicar si se debe continuar o suspender.

4.4.4. Análisis de la pregunta 4

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre continuar o suspender la terapia cuando no se presenta mejoría de la salud en el paciente con COVID-19, se encontró que la mayoría solucionan la tensión tipo dilema y reconocen el principio de autonomía (anexo tablas 16 y 17). Por lo anterior, de los veinticuatro (24) participantes quince (15) (63 %) indican que sí mantienen la terapia y solucionan el dilema, y diecinueve (19) (79 %) reconocen el principio de autonomía al proponer continuar la terapia. Solo dos (2) PS (8 %) no definen o no deciden sobre si abandonar o mantener el tratamiento. Así mismo, un PS no reconoce si continuar o suspender el tratamiento pues no toma una decisión para el paciente, lo que indica que no reconoce el principio de autonomía. Por lo anterior, se determina que la mayoría de los PS en SU sí soluciona la tensión tipo dilema entorno a la ética de máximos y mínimos, considerando que la ética de máximos es aplicada para lo particular o lo individual (anexo tabla 20).

En la pregunta sobre mantener o abandonar la terapia durante la atención del paciente, se evidencia que los PS solucionan la tensión *dilema* al determinar que van a mantener la terapia y por medio del principio de autonomía en el ejercicio de la profesión continúan la terapia. Así, el resultado obtenido es del 70 %, de tal manera que el profesional de la salud tiene una buena respuesta para la tensión *dilema* que se ha presentado en SU (anexo tabla 21).

En este sentido, sobre la pregunta 4, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran dieciocho (18) participantes, trece (13) de ellos mujeres, nueve (9) casadas; entre los PS están principalmente los cuatro (4) médicos especialistas, un (1) médico general, dos (2) de las cuatro (4) enfermeras, las dos (2) psicólogas y las dos (2) trabajadoras sociales. En el cuadrante D se encuentran cuatro (4) participantes: dos (2) de los cuatro (4) médicos generales, una (1) de las cuatro (4) enfermeras y un (1) tecnólogo en radiología. Se puede establecer que el cuadrante A y D tienen grupos heterogéneos y la mayoría de participantes está en el cuadrante A. Ahora, en el grupo del cuadrante A se evidencia buena intensión en mantener el tratamiento y se denota que el actuar del médico está en beneficio del paciente, en una forma de autonomía profesional o también en medio de una

beneficencia paternalista, de decide continuarlo para no desatender al paciente, situación contraria es manifestada por el grupo del cuadrante D. Es decir, del total de los profesionales ante el dilema del tratamiento, dieciocho (18) lo mantienen y seis (6) lo abandonan (anexo tabla 22).

4.5. Pregunta número 5

En SU una persona enferma de COVID-19 se encuentra en una pésima situación de salud y requiere ser conectado al ventilador mecánico (VM), sin embargo, se niega a aceptar la colocación del tubo orotraqueal pese a todas las explicaciones sobre las ventajas del tratamiento, por esta razón el profesional de la salud siente la angustia moral y considera conveniente la participación de otros PS (principio de solidaridad) porque reconoce que es necesario y urgente este procedimiento para evitar que se desencadene algo más grave. Como profesional de la salud ¿de qué manera cree que se puede resolver esta angustia moral?

4.5.1. Ejes de análisis

- Ética del cuidado
- Angustia moral (tensión) y solidaridad (principio)

4.5.2. Criterio para la clasificación

En esta pregunta se aplica el concepto de realizar la acción correcta en este caso cuando el profesional explica al paciente de manera *insistente* para que acepte el procedimiento de intubación o incorrecta cuando el profesional no realice ninguna acción para insistir al paciente la aceptación del procedimiento. El principio *solidaridad de la profesión* (“Busca”, “No busca”) está relacionado con el hecho de que el profesional de la salud muestre un compromiso moral, disponiendo de los recursos para ayudar a otros

a superar una situación crítica, en este caso, incluir la participación de otro profesional o familiar para que el paciente acepte la intubación.

4.5.3. Solución propuesta por los entrevistados

Los médicos especialistas han generado las respuestas orientadas a la solución de la angustia moral al insistir al paciente que acepte el procedimiento, respetando su autonomía. También se identifica el principio de solidaridad con el apoyo de familiares. Por lo anterior, la ética del cuidado está determinada por el cuidado de la vida mediante el procedimiento de intubación, entonces los PS intervienen al insistir y respetar la autonomía del paciente, dando así tranquilidad al profesional y solucionando la angustia moral.

Los médicos generales presentan la solución de la angustia moral principalmente cuando se respeta la autonomía del paciente, pues es quien decide el procedimiento de la intubación, o, caso contrario, cuando el paciente firma un desistimiento. En cuanto al principio de solidaridad, han generado la respuesta orientada por el médico La Negra quien se apoyaría tanto de un profesional de psicología y trabajo social como de la familia en la atención de urgencias para solucionar la tensión presentada como angustia moral.

Las enfermeras han solucionado la angustia moral mediante el principio de solidaridad con el apoyo de otros profesionales, pero también se apoyan en los familiares y respetan la autonomía del paciente. Finalmente, se tiene en cuenta que sí se identifica la angustia moral, la cual puede ser resuelta con otros apoyos como familia y también en forma de autonomía profesional o mediante la beneficencia paternalista el principio de la autonomía.

Las trabajadoras sociales solucionan la angustia moral realizando el efecto sensibilización al paciente para que acepte el tratamiento y el procedimiento, y también aplican el principio de solidaridad con la participación de la familia, pero no se apoyan en otros PS porque ya se ha superado

esa etapa de intervención con el paciente. Las trabajadoras sociales son profesionales de apoyo cuando ya se ha agotado la primera fase de la atención.

Las auxiliares de enfermería han solucionado la angustia moral con el principio de solidaridad al insistir al paciente que acepte la intubación. Finalmente, aquí se acepta y se respeta la autonomía del paciente, dejando como soporte el consentimiento informado. También en otros casos está la solución mediante la participación de familiares o de otros PS.

Las terapeutas respiratorias no aplican el principio de solidaridad con otros profesionales, pero sí solucionan la angustia moral al insistir al paciente explicándoles a él y su familia como soporte legal el uso del consentimiento informado.

Las psicólogas solucionan la angustia moral explicando con el objetivo de insistir al paciente que acepte el procedimiento. También aplican el principio de solidaridad con la participación de la familia, pero no se apoyan en otros PS porque ya se ha superado esta etapa de intervención con el paciente.

Los tecnólogos de radiología aplican el principio de solidaridad con otros profesionales, especialmente con intervención de psicología, y solucionan la angustia moral al respetar la decisión del paciente, teniendo en cuenta que no se excluye a la familia sobre todo al explicar el procedimiento de intubación.

4.5.4. Análisis de la pregunta 5

Para los PS en SU que participaron en la pregunta en relación con la negación de aceptar la colocación del tubo orotraqueal en el paciente con COVID-19 y de qué manera se puede resolver la angustia moral, se encontró que la mayoría soluciona la tensión tipo angustia moral y reconocen el principio de solidaridad (anexo tablas 23 y 24). Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro participantes dieciocho (18) (75 %) solucionan la angustia moral al insistir y once (11) (46 %) reconocen el principio de solidaridad. Se destaca que el profesional de la salud no mostró un compromiso humano al no disponer

de los recursos necesarios para ayudar a otros a superar una situación crítica y que aceptó el respeto a la autonomía del paciente. Por lo anterior, sí soluciona la tensión tipo angustia moral al insistir, pero no al buscar ayuda entre los PS en SU, como se aplicaría en la ética del cuidado, considerando que esta es aplicada para el bienestar del uno para el otro (anexo tabla 25).

En la pregunta sobre insistir o no en el procedimiento que requiere el paciente de manera prioritaria, los PS afrontan la tensión *angustia moral* cuando insisten al paciente que les permita realizar el procedimiento y están buscando ayuda con otros profesionales como respaldo para que acepte y actúan con el principio de solidaridad para que el paciente consienta al procedimiento. Por lo anterior, es evidente que se obtiene un resultado que no es favorable con el 41%, pues el profesional de la salud no tiene una buena respuesta para la tensión *angustia moral* que se ha presentado en SU (anexo tabla 26).

En este sentido, sobre la pregunta 5, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran diez participantes, ocho (8) de ellos mujeres, cuatro (4) casadas; entre los PS están uno de los cuatro (4) médicos especialistas, uno de los cuatro (4) médicos generales, tres (3) de las cuatro (4) enfermeras, las dos (2) psicólogas y los dos (2) tecnólogos en radiología. En el cuadrante D se encuentran cinco (5) participantes, tres (3) de ellos son mujeres, dos (2) de ellas solteras. El resto de profesionales están en los cuadrantes B con una enfermera y C con diez (10) profesionales de diferentes roles.

El cuadrante A y D evidencian que, siendo grupos heterogéneos, se pueden comparar: entre los PS hay tres (3) de los cuatro (4) médicos generales, uno (1) de los cuatro (4) auxiliares de enfermería, uno (1) de los dos (2) terapeutas respiratorios y no hay ningún médico especialista. Se evidencia que en el grupo del cuadrante A los PS tienen preocupación, insisten en el procedimiento del paciente y buscan ayuda, es decir, tienen angustia moral y son solidarios con el personal de salud de SU para la atención del paciente, aunque también respetan la autonomía del paciente ya que sienten la angustia moral con

más intensidad. Aunque la mayoría de los participantes pertenece al cuadrante A, en otros cuadrantes hay trece (13) participantes (cuadrantes C y D) que no buscan ayuda y, por tanto, no actúan con el principio de solidaridad (anexo tabla 27).

4.6. Pregunta número 6

La escases de las dosis de vacunas para COVID-19 demostraron al inicio del proceso de vacunación (febrero, marzo y abril del 2021) que no todos los PS del área lograrían la inmunidad adquirida por el esquema de vacunación. Se consideraba que desde el primer momento la vacunación debería y debe ser universal, por lo tanto, debe aplicarse a todos los PS, sin embargo, en aquellos meses se priorizó la vacunación por líneas de atención y grupos. Frente a las decisiones que se tomaron en primera instancia, se propuso que se vacunara a los grupos de UCI y quirófano, y después al grupo de urgencias. Como profesional de la salud de urgencias, ¿usted aceptó o se opuso a esta decisión y cuál fue la razón?

4.6.1. Ejes de análisis

- Ética del cuidado
- Problema (tensión) y universalidad (principio)

4.6.2. Criterio para la clasificación

En esta pregunta, la tensión *problema* se genera por la priorización para la vacunación por líneas de atención y grupos, que llevó a que se propusiera que se vacunara a los grupos de UCI y quirófano primero, y luego al grupo de urgencias; se determina que “Prioriza” o “No prioriza” cuando se acepta esta orden de vacunación por grupo según la propuesta. El principio *universalidad* está en relación con que la vacuna para COVID-19 debe aplicarse a todos los PS, pero no todos los del área lograrían la

inmunidad adquirida por el esquema de vacunación, por lo que se considera que se debe iniciar con el grupo de UCI (“Acuerdo” o “Desacuerdo” con este orden).

4.6.3. Solución propuesta por los entrevistados

Desde las prácticas médicas, algunos médicos especialistas determinan que se priorice al grupo de urgencias y no estaban de acuerdo al programa de vacunación. En este caso, AMC, MFEM y un (1) médico especialista indican sobre la tensión tipo problema que se reconozca que es mejor priorizar al grupo de urgencias, pero, respetando el principio de universalidad, indican que están en desacuerdo con el programa de vacunación porque piensan que es selectivo y limitado. Para JOENCAR está bien que se priorice primero el grupo de UCI y acepta el proceso de vacunación, en este aspecto no encuentra problema con el programa de vacunación y además establece que, si bien es conveniente el principio de universalidad, por la escases de vacunas es indispensable que cada uno se cuide y espere su turno de vacunación.

Los médicos Fresita y David2201 están de acuerdo con el principio de universalidad, con el concepto de que el derecho de vacunación es importante para todo el personal de salud, y no priorizan un grupo en particular. La médica La negra soluciona la tensión tipo problema al aceptar que se priorice el personal de UCI por considerarlo la primera línea de atención y no determina que la universalidad sea importante para el profesional de la salud. El último médico Nebulosa no estuvo de acuerdo y no aceptó la priorización por los grupos establecidos en la programación. En general se evidenciaron muchas falencias en el tiempo en que se desarrolló el programa de vacunación, como lo manifestó la médica Fresita.

Las enfermeras no identifican el principio de universalidad y no consideran que el programa de vacunación sea para todos los PS. Enfatizan en que la tensión en el tiempo en que se desarrolló el

programa de vacunación, al revisar la línea de atención y el grupo de priorización, solo está explicando un problema en el programa de vacunación y es que no prioriza al grupo de profesionales de urgencias.

Las trabajadoras sociales encuentran activa la tensión en el tiempo en que se desarrolló el programa de vacunación pues no aceptan el orden de la línea de atención y los grupos priorizados, y evidencian que el problema es cuando no se entrega la vacuna a los profesionales que atienden pacientes y familia en urgencias. Lo anterior demostró que hay profesionales que sí evidencian problema en el orden en que se priorizaron los grupos. Por otra parte, no se determina para el grupo de trabajadoras sociales que estén de acuerdo con el principio de universalidad como un proceso de vacunas para todos los PS.

Durante el proceso del programa de vacunación entre las enfermeras auxiliares, solamente Jesús propone estar de acuerdo con el principio de universalidad. Las enfermeras auxiliares Manzana y Mi gorda bella resaltan la tensión y consideran que se debe priorizar por grupos y determinar que el personal de urgencias sean los primeros en vacunarse para solucionar el problema, pero no aplican el principio de universalidad. Por último, sobre la línea de atención o grupo prioritario Pacho expresa que la priorización no soluciona el problema y manifiesta un desacuerdo con el principio de universalidad cuando no se vacuna a todo el personal de salud, pero sí hay vacunación en profesionales de áreas administrativas.

Las terapeutas respiratorias en el programa de vacunación identifican la tensión; Isabella Cuellar no considera que haya algún problema y acepta el orden indicado sobre la línea de atención o grupo prioritario, situación contraria a la de Flor, quien considera de prioridad y en primera línea para la vacunación a los profesionales de urgencias. Se reconoce que ninguna de las terapeutas respiratorias manifiesta el principio de universalidad y no determinan que la vacunación debe ser para todos los PS.

En el tiempo en que se desarrolló el programa de vacunación, las psicólogas encuentran solución de la tensión así: una profesional está de acuerdo con el orden de los grupos priorizados con UCI en

primer orden y no evidencia ningún problema; la otra profesional considera que el grupo prioritario es el de los profesionales de urgencias determinado como problema por el orden de priorizar el grupo de vacunación. Lo anterior demostró que hay profesionales que sí evidencian el problema en el orden en que se priorizaron los grupos. Por otra parte, el grupo de psicólogas no determina el principio de universalidad para el proceso de vacunas.

En el tiempo en que se desarrolló el programa de vacunación, los tecnólogos en radiología no manifiestan estar de acuerdo con el programa establecido. En referencia al principio de universalidad, no proponen que el programa de vacunación sea para todos los PS, pero sí se expresan sobre la línea de atención o grupo para que se priorizara el grupo de UCI.

4.6.4. Análisis de la pregunta 6

En la pregunta sobre el esquema de vacunación, en el que se propuso que se vacunara a los grupos de UCI y quirófano primero y luego al grupo de urgencias, se encontró que los PS en SU que participaron solucionan la tensión tipo *problema* al priorizar el grupo de urgencias y reconocen el principio de universalidad cuando se opusieron o estuvieron en desacuerdo. Por lo anterior, de los veinticuatro (24) participantes se halló que doce (12) (50 %) solucionan el problema priorizando al grupo de urgencias y (19) (79 %) reconocen el principio de universalidad, destacándose que el esquema de vacunación debe ser para todos, pero considerando que se priorizara al grupo de urgencias porque es el servicio por donde ingresan los pacientes con COVID-19 (anexo tablas 28 y 29). Por lo anterior, la tensión tipo problema en los PS en SU está en la ética del cuidado, considerando que esta se aplica en el bien común y en bienestar de todos (anexo tabla 30).

En la pregunta sobre qué grupo de PS del hospital debe priorizarse en el esquema de vacunación, se encuentra que para los PS la tensión *problema* no se inclina directamente a favor del grupo de urgencias; además, se reconoce con el principio de universalidad que no se presentan

diferencias en el esquema de vacunación que se organizó y que el servicio de urgencias es igual a los otros servicios, los cuales poseen iguales riesgos de infección de la COVID-19 y tienen necesidades iguales. Por lo anterior, es evidente que se obtiene un resultado equitativo e igualitario con el 41,6 %, y se puede considerar que los PS tienen una buena respuesta de igualdad para la tensión *problema* que se ha presentado en SU en comparación a otros servicios (anexo tabla 31).

En este sentido, sobre la pregunta 6, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran once (11) participantes, ocho (8) de ellos mujeres, seis (6) casadas; entre los PS están principalmente dos (2) de los cuatro (4) médicos especialistas, dos (2) de los cuatro (4) médicos generales, dos(2) de las cuatro (4) enfermeras, una (1) de las dos (2) psicólogas y una (1) de las dos (2) terapeutas respiratorias. En el cuadrante D se encuentran dos (2) participantes: una (1) de las tres (3) auxiliares de enfermería y una (1) de las dos psicólogas. Del cuadrante A y D, se puede establecer que son grupos heterogéneos. La mayoría de participantes está en el cuadrante A y se evidencia que este grupo considera, en cuanto al principio de vulnerabilidad, el alto riesgo de infección y siente como prioridad al personal de urgencias para la vacunación, por esta razón están en desacuerdo con el esquema de vacunación, situación contraria a la manifestada por el grupo del cuadrante D (ver anexo tabla 32).

4.7. Pregunta número 7

El uso de los elementos de protección personal (EPP) es obligatorio en SU para todos los profesionales de la salud, pero estos no garantizan el 100 % de seguridad. Frente a esta situación en la que existen riesgos de infectarse a pesar del adecuado uso de los EPP, como profesional de la salud de urgencias, ¿usaría usted otro tipo de estrategia de seguridad o sigue con la incertidumbre por el grado de seguridad de los EPP? En su experiencia, ¿nos puede decir cómo ha enfrentado esta situación?

4.7.1. Ejes de análisis

- Ética del cuidado
- Crisis (tensión) y seguridad (principio)

4.7.2. Criterio para la clasificación

En la pregunta planteada, la tensión *crisis* (Sí o No) existe cuando se reconoce que hay incertidumbre debido a que los EPP no tienen el 100 % de seguridad y existen riesgos de infectarse a pesar de su uso adecuado. El principio *seguridad* (Otra estrategia o Solo EPP) se relaciona con que el profesional de la salud determina la participación en SU usando otra estrategia de seguridad como complementaria.

4.7.3. Solución propuesta por los entrevistados

Los médicos especialistas logran reconocen que existe la tensión crisis porque saben que los EPP no ofrecen el 100 % de seguridad. Sin embargo, los médicos cirujanos atienden a los pacientes con los EPP institucionales y no usaron otras estrategias de protección, situación diferente a la de los médicos internistas quienes usaron otras estrategias de protección e incluso compraron EPP con sus propios recursos económicos. Sobre el principio de seguridad, se evidencia que los médicos internistas, como profesional de la salud en SU, sí usaron otra estrategia de seguridad complementaria como autocuidado por la incertidumbre ante el alto riesgo de infección.

Las tres (3) médicas generales sí identifican y experimentan la crisis por la ausencia de EPP, lo que las lleva a implementar el principio de seguridad por medio de estrategias como comprar EPP adicionales a los que entrega el hospital y usar correctamente los protocolos. Por otro lado, La negra, Nebulosa y Fresita, David2201 no vivencian la crisis ni ponen en práctica mecanismos de seguridad para disminuir el riesgo de contagio por COVID-19 en el servicio de SU.

Las enfermeras evidenciaron la tensión de crisis al reconocer que los EPP no son seguros y dejan la incertidumbre de adquirir la infección, por ello compraron con sus propios recursos económicos otros EPP para mejorar la bioseguridad en SU. Así mismo, las enfermeras jefas determinan que el principio de seguridad no es fuerte, y asumieron la conducta de comprar sus EPP y realizar el distanciamiento entre compañeros. Las enfermeras en SU reconocieron que la seguridad es vital, por esa razón tomaron estrategias complementarias y solucionan la tensión presentada.

Las trabajadoras sociales no recibieron los EPP porque no tienen atención directa de pacientes, entonces inicialmente no tuvieron la tensión porque se comunicaban con la familia por teléfono, sin embargo, sí compraron algunos EPP para complementar la bioseguridad. Así, el principio de seguridad se reconoce porque hay incertidumbre con los EPP y se adopta la estrategia de comprar otros.

Las enfermeras auxiliares evidencian la tensión de crisis al reconocer que los EPP son inseguros y deciden comprar EPP complementarios. Así mismo, consideran una estrategia en los cuidados entre profesionales y pacientes los de características sociales como el distanciamiento y sugieren que es determinante que la administración adquiera los EPP de mejor rendimiento de seguridad.

En el grupo de terapia respiratoria, se soluciona la crisis por el grado de incertidumbre que tienen los EPP al realizar la compra de otros EPP con sus propios recursos económicos y al recurrir a otra estrategia como las políticas institucionales de distanciamiento, determinando que el principio de seguridad es reconocido.

Los profesionales de psicología solucionan la tensión de crisis sin comprar otros EPP considerando que estos son suficientes para la atención del paciente. En cuanto al principio de seguridad, usan los protocolos de bioseguridad como lavado de manos, vestido de protección y distanciamiento, entonces se puede decir que se evidencia la incertidumbre con los EPP de SU.

El grupo de tecnólogo en radiología sí soluciona la tensión de crisis y también reconoce el principio de seguridad a través de la estrategia de completar y mejorar los EPP para la atención del

paciente mediante la compra de EPP con recursos económicos propios. Se entiende que los EPP en primera instancia sí tienen la incertidumbre de seguridad.

4.7.4. Análisis de la pregunta 7

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre si usarían otro tipo de estrategia de seguridad o si siguen con la incertidumbre por el grado de seguridad de los EPP, se encontró que la mayoría identifica la tensión tipo *crisis* indicando que los EPP no tienen el 100 % de seguridad y reconoce el principio *seguridad* advirtiendo que usa otro tipo de estrategia (anexo tabla 33 y tabla 34).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes dieciocho (18) (75 %) solucionan la crisis indicando que los EPP no son 100 % seguros y diecisiete (17) (71 %) reconocen el principio de seguridad advirtiendo que usan otro tipo de estrategia, destacándose que el profesional de la salud realiza lavado de manos, protocolos de bioseguridad, el distanciamiento o el aislamiento entre profesionales y pacientes. Por lo anterior, se soluciona la tensión tipo *crisis* al aceptar que los EPP no son seguros para los PS en SU, como se correlaciona con la ética del cuidado, mostrando que esta es aplicada para la seguridad y la protección de todos (anexo tabla 35).

Así mismo, se puede determinar que los profesionales sí identifican la tensión *crisis* y reconocen el principio *seguridad* cuando lo solucionan al usar estrategias complementarias a los EPP para reducir el riesgo de infección en el personal de salud de SU. El resultado obtenido es del 58 %, de tal manera que el profesional de la salud tiene una buena respuesta para la tensión *crisis* que se ha presentado en SU (anexo tabla 36).

En este sentido, sobre la pregunta 7, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran catorce (14) participantes, diez (10) de ellos mujeres, siete (7) casadas; entre los PS están principalmente dos (2) de los cuatro (4) médicos especialistas, tres (3) de los cuatro (4) médicos generales, tres (3) de las cuatro (4) enfermeras, una (1) de las dos (2) psicólogas y una (1) de las dos (2)

terapeutas respiratorias. En el cuadrante D se encuentran tres (3) participantes: uno (1) de los cuatro (4) médicos especialistas, uno (1) de los cuatro (4) médicos generales y una (1) de las dos (2) terapeutas respiratorias. Entonces, se puede establecer que los cuadrantes A y D tienen grupos heterogéneos, y la mayoría de participantes está en el cuadrante A, quienes identifican la crisis al determinar que los EPP no son 100 % seguros y al realizar otras estrategias de seguridad por el alto riesgo de infección para el personal de urgencias, contrario a lo manifestado por el grupo del cuadrante D (anexo tabla 37).

4.8. Pregunta número 8

En SU se presenta una persona enferma de COVID-19 y existe la posibilidad de regresarlo a su casa para continuar el tratamiento domiciliario. Sin embargo, la persona no tiene las condiciones de regresar a su casa, no tiene un familiar como cuidador principal, entonces es posible que usted lo ingrese al hospital para que reciba el tratamiento, pero la orden para la hospitalización es negada por parte de la EPS.

Esta situación implica para el profesional de la salud una angustia moral porque no puede brindarle o asegurarle los cuidados necesarios al paciente para que mejore su salud, lo que lleva al empeoramiento de su condición. Por tanto, el profesional de la salud siente la responsabilidad de dar un cuidado que brinde bienestar general al paciente. ¿Ha vivido usted este tipo de situaciones, cómo las ha resuelto o, si no las ha vivido, cómo las resolverías?

4.8.1. Eje de análisis

Ética: del cuidado

Angustia moral (tensión) y responsabilidad (principio).

4.8.2. Criterio para la clasificación

En la pregunta planteada se ha dispuesto como tensión la angustia moral, que puede ser resuelta mediante dos alternativas: la primera, egresar al paciente cuando el profesional considera dar salida o de alta del hospital o, la segunda, mantener al paciente en la institución con el manejo interdisciplinar correspondiente; las respuestas se clasificarán como manejo institucional. En lo que respecta al principio de responsabilidad, las respuestas se encasillarán como “Reconoce” cuando el profesional ofrece al paciente la oportunidad de tener un manejo institucional y “No reconoce” cuando decide dar egreso.

4.8.3. Solución propuesta por los entrevistados

Todos reconocen la angustia moral y el principio de responsabilidad a excepción de JOENCAR.

Los cuatro (4) médicos generales de manera unánime experimentan la tensión de angustia moral, por lo que justifican en la historia clínica el manejo institucional del paciente con base en el principio de la responsabilidad, evitando un suceso de impacto negativo como la muerte o el deterioro en su salud.

Las profesionales en enfermería consideran importante un trabajo interdisciplinar a partir de las alternativas de solución que plantean para la tensión de angustia moral, y al experimentar esa limitación en el actuar intrahospitalario, reconocen la necesidad de un rol activo para no sufrir consecuencias en caso de un posible egreso.

Las trabajadoras sociales coinciden en que, por el riesgo social, el paciente debe continuar en la institución y se justifica en la historia clínica. Adicionalmente, se activan las redes de apoyo hasta que cuente con alguien que garantice externamente la atención, ya sea familiar o de un hogar geriátrico.

El 50 % del equipo de enfermería da un manejo intrahospitalario con apoyo interdisciplinario, por lo que se percibe que actúan bajo un conducto institucional identificando la angustia moral y la responsabilidad. El otro 50 % no reconoce la acción correcta ni las consecuencias en el paciente al egresarlo del hospital.

Las terapeutas respiratorias toman una postura que facilite la continuación del paciente en el hospital y no sea egresado para disminuir sus riesgos por medio del apoyo interdisciplinario del equipo de trabajo social.

Las dos profesionales de psicología reconocen de manera clara la articulación que tienen con el equipo de trabajo social para que, en situaciones de vulnerabilidad de un paciente, como esta, se tome la acción correcta y responsable en pro de la recuperación y la vida del paciente.

De los tecnólogos entrevistados, uno (1) reconoce la tensión determinando la necesidad de dar manejo intrahospitalario, enfatizando la necesidad y la consecuencia al egresar al paciente, mientras el otro no reconoce la angustia moral y tampoco muestra una decisión con acciones responsables hacia el paciente.

4.8.4. Análisis de la pregunta 8

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre si se debe dar salida o alta del hospital a un paciente con COVID-19 aunque no tenga las condiciones de regresar a su casa o si se considera que debe continuar en la institución con el manejo interdisciplinar, se encontró que solucionan la tensión tipo *angustia moral* haciendo el manejo institucional y reconocen el principio de *responsabilidad* cuando deciden el tratamiento hospitalario (anexo tabla 38 y tabla 39).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes dieciocho (18) (75 %) solucionan la angustia moral haciendo el manejo institucional y dieciocho (18) (75 %) reconocen el principio de responsabilidad al decidir el tratamiento hospitalario en una persona que no tiene un cuidador en casa y no cuenta con una red de apoyo familiar, como se ha evidenciado cuando ingresan algunos pacientes con COVID-19 a SU. Por lo anterior, la tensión tipo *angustia moral* en los PS de SU va de la mano con la ética del cuidado, considerando que esta se aplica al proteger el bienestar (anexo tabla 40).

Así mismo, se determina que los PS sienten *angustia moral* porque deciden hacer manejo institucional y reconocen el principio de *responsabilidad* como una protección al paciente por parte del profesional de salud de SU. Por lo anterior, el resultado obtenido es del 75 %, de tal manera que el profesional de la salud tiene una buena respuesta para afrontar la tensión *angustia moral* que ha experimentado en SU (anexo tabla 41).

En este sentido, sobre la pregunta 8, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran dieciocho (18) participantes, catorce (14) de ellos mujeres, nueve (9) casadas; entre los PS están principalmente tres (3) de los cuatro (4) médicos especialistas, cuatro (4) médicos generales, cuatro (4) enfermeras, dos (2) psicólogas y uno (1) de los dos (2) tecnólogos en radiología. En el cuadrante D se encuentran seis (6) participantes: uno (1) de los cuatro (4) médicos especialistas, dos (2) terapeutas respiratorias y uno (1) de los dos (2) tecnólogos en radiología. Se puede establecer que los cuadrantes A y D tienen grupos heterogéneos, y la mayoría de participantes está en el cuadrante A, quienes tienen angustia moral en la atención del paciente y, sobre el principio de responsabilidad, actúan en favor del paciente indicando que el manejo institucional permite un mejor tratamiento hospitalario que el domiciliario, siendo esta la manera de eliminar la angustia moral, condición opuesta a la presentada por el grupo del cuadrante D (anexo tabla 42).

4.9. Pregunta número 9

Como profesional de la salud del servicio de urgencias, usted presencia un conflicto entre profesionales para determinar qué paciente con COVID-19 debe recibir el acto de reanimación cerebro-cardiopulmonar (RCCP). Teniendo en cuenta que la edad no es un criterio para negar la realización de la RCCP, en una situación en la que hay dos (2) personas, uno (1) con setenta años (70) y otro (1) con sesenta años (60), existe un momento en que se debe hacer el acto de RCCP y solo hay disponibilidad de EPP para una reanimación, es decir, que solo uno de ellos podrá recibirla. En esta situación el paciente

de sesenta años tiene COVID-19 con riesgo intermedio y el paciente de setenta años tiene COVID-19 con riesgo bajo, entonces unos profesionales indican reanimar al paciente de menor edad y otros profesionales consideran reanimar al paciente de mayor edad. Según su experiencia como profesional de la salud de urgencias, ¿a quién realizaría el RCCP y cuáles serían las razones de su decisión?

4.9.1. Eje de análisis

- Ética del cuidado
- Conflicto (tensión) y vulnerabilidad (principio)

4.9.2. Criterio para la clasificación

En la pregunta planteada, en cuanto a la tensión *conflicto*, se determina que la edad y el riesgo de complicación por COVID-19 es la eventualidad que hace entrar en confrontación al profesional de la salud y logra solucionar el conflicto al elegir que realizaría la RCCP a alguno de los dos (2) pacientes; en caso de no decidir o decidir no reanimar a ninguno de los dos (2) se clasificará la respuesta como “No RCCP”. Con respecto al principio de vulnerabilidad, se consideró que los profesionales que eligieron al paciente de sesenta años (60) identificaron en él el principio desde la capacidad disminuida por el peligro de salud (virus), es decir, la condición clínica de la persona por el COVID-19 con riesgo intermedio. Por otro lado, aquellos que consideraron a la persona de setenta años (70) para la RCCP, tuvieron en cuenta la capacidad disminuida de la persona relacionada a la edad, lo que lo haría más vulnerable comparado al paciente de sesenta años (60), siendo más relevante que el riesgo del estado de salud. Los profesionales que no realizaron la RCCP no identificaron el principio de vulnerabilidad.

4.9.3. Solución propuesta por los entrevistados

Entre los médicos especialistas no existe un criterio común para tomar la decisión de realizar la maniobra de RCCP. A pesar de que tienen claro el conflicto, no hay una similitud del concepto de vulnerabilidad al momento de elegir el paciente a reanimar, lo cual posiblemente se debe a la eventualidad de la atención relacionada a cada paciente, soportado en la experiencia personal de cada profesional en cuanto a lo que han respondido los pacientes en sus intervenciones independientemente de la edad y la condición clínica, y los diferentes escenarios hospitalarios.

En los médicos generales se puede percibir que la unanimidad a la hora de solucionar el conflicto está relacionada a que en su experiencia los pacientes que responden adecuadamente al RCCP están asociados a su edad por su condición clínica. En cuanto a la profesional que no tomó la decisión de reanimar, su actitud podría estar vinculada a que en el escenario laboral no toma la decisión definitiva y está generalmente apoyada por la decisión de su colega, en este caso su equipo de trabajo.

Tres (3) de las cuatro (4) enfermeras no vieron la capacidad funcional de la persona, solo tuvieron en cuenta el bajo riesgo de la COVID-19 en el paciente de setenta años (70).

Las PS en trabajo de salud sí reconocen el principio de vulnerabilidad, aunque con criterios diferentes, razón por la cual deciden que se realice la RCCP en los pacientes. Las trabajadoras sociales solucionan el conflicto y reconocen el principio de vulnerabilidad desde miradas diferentes.

En el caso de las auxiliares de enfermeras, una (1) de las cuatro (4) reconoce el principio de vulnerabilidad porque tiene en cuenta la fragilidad del paciente de sesenta años (60), mientras que las demás no reconocen la vulnerabilidad de los pacientes de sesenta años (60) y setenta años (70). En términos finales todas las auxiliares de enfermería tienen presente la tensión y solucionan el conflicto.

Las terapeutas respiratorias reconocen el principio de vulnerabilidad porque tienen en cuenta el mayor riesgo de salud en el paciente de sesenta años (60) y solucionan el conflicto cuando determinan realizar la RCCP.

Los PS en psicología sí reconocen el principio de vulnerabilidad, aunque con criterios diferentes, razón por la cual deciden realizar la RCCP en los pacientes con diferente edad, así que hay solución de la tensión y reconocimiento del principio de miradas diferentes.

Los tecnólogos en radiología reconocen el principio de vulnerabilidad porque tiene en cuenta el paciente de setenta años (70) porque tiene menos proceso de infección y sí solucionan el conflicto cuando determinan realizar el RCCP.

4.9.4. Análisis de la pregunta 9

Para los PS en SU que participaron en la pregunta cuando solo hay disponibilidad de EPP para una reanimación, es decir, que únicamente un paciente podrá recibir la RCCP, se encontró que la mayoría identifica la tensión tipo *conflicto*, indicando que sí realiza la RCCP, y reconoce el principio de *vulnerabilidad* según la edad y el riesgo de complicaciones (anexo tablas 43 y 44).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes dieciocho (18) (75 %) solucionan el conflicto indicando que sí realizan el RCCP; nueve (9) (38 %) reconocen el principio de vulnerabilidad en pacientes de sesenta años (70) y otros nueve (9) (38 %) lo reconocen en pacientes de setenta años (70). Sin embargo, se evidencia que seis (6) profesionales no reconocen o no identifican la vulnerabilidad del paciente al no realizar la RCCP. Entonces, ante la situación del deterioro clínico de los pacientes, se reconoce que dieciocho (18) profesionales sí actúan en favor de la RCCP cuando existe solo EPP para un paciente. Así, se soluciona la tensión tipo conflicto al aceptar la RCCP en SU cuando se relaciona con la ética del cuidado, mostrando que esta se aplica para la atención del más frágil o débil (anexo tabla 45).

En la pregunta sobre decidir a qué paciente se hace una RCCP teniendo en cuenta que solo hay EPP para un paciente en SU, se determinó que los PS afrontan la tensión *conflicto* escogiendo o seleccionado al paciente que puede beneficiarse del procedimiento de RCCP, considerando que se

reconoce el principio de *vulnerabilidad* al identificar que el paciente seleccionado por parte del profesional de salud de SU sí tiene una opción de seguir viviendo. Por lo anterior, el resultado obtenido es del 75 %, de tal manera que el profesional de la salud tiene una buena respuesta para solucionar la tensión *conflicto* que se ha presentado en SU (anexo tabla 46).

En este sentido, sobre la pregunta 9, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran dieciocho (18) participantes, trece (13) de ellos mujeres, ocho (8) casadas; entre los PS están principalmente los cuatro (4) médicos especialistas, tres (3) de los cuatro (4) médicos generales, cuatro (4) enfermeras, una de las cuatro (4) auxiliares de enfermería, dos (2) psicólogas y dos (2) tecnólogos en radiología. En el cuadrante D se encuentran seis (6) participantes: los cuatro (4) médicos generales, una de las dos (2) terapeutas respiratorias y una (1) de las dos (2) trabajadoras sociales. Del cuadrante A y D, se puede establecer que son grupos heterogéneos. La mayoría de participantes está en el cuadrante A y se evidencia que este grupo presenta la tensión *conflicto* en la atención del paciente y sobre el principio de *vulnerabilidad* actúa en favor del paciente indicando que realizar la RCCP con los EPP solo para un paciente. Sin embargo, los PS del grupo D tienen una consideración diferente porque no identifican o no aplican el procedimiento de RCCP; la tensión de conflicto es solucionada en ese sentido (anexo tabla 47).

4.10. Pregunta número 10

Cuando empezaron a aparecer y aumentar los casos de pacientes positivos de COVID-19 en junio, julio y agosto del 2020, teniendo en cuenta el principio de autonomía al ejercicio de su profesión, pero reconociendo que no hay EPP suficientes, no hay vacunas disponibles y las camas UCI son limitadas, es decir, existiendo en general una situación de alto riesgo laboral, como profesional de la salud del servicio de urgencias, ¿experimentó el dilema sobre continuar con esas condiciones de trabajo en SU o retirarse temporalmente del lugar de trabajo?

4.10.1. Eje de análisis

- Ética de máximos a mínimos
- Dilema (tensión) y autonomía (principio)

4.10.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta planteada, se tuvo en cuenta en las respuestas si bajo las condiciones difíciles del auge de la pandemia el profesional experimentó esa necesidad de continuar laborando en la institución o, por el contrario, de renunciar. La clasificación de respuestas para la tensión se estableció como "Sí" para aquellos que experimentaron esa necesidad de elegir entre dos opciones (continuar o retirarse) y "No" para aquellos que refieren no haber sentido el dilema entre elegir o quedarse por las condiciones de salud y laborales. En relación con la autonomía, en este caso sería lo que conllevaría al acto de llevar a cabo la conducta ya sea de seguir, lo que se clasificó como "Continuar", o retirarse, puesto que establece el límite por su decisión libre y propia teniendo en cuenta su seguridad y la de quienes le rodean, especialmente su familia.

4.10.3. Solución propuesta por los entrevistados

Se puede determinar que no todos los médicos especialistas experimentan el dilema, sin embargo, se puede establecer que todos aplicaron el principio de autonomía de su profesión en el momento de continuar laborando en la SU del hospital. La tensión de dilema solo es reconocida por tres (3) médicos generales, aunque los cuatro (4) por su autonomía continúan sus actividades y no renuncian a su ejercicio en el servicio de SU.

En el caso de las enfermeras profesionales, tres (3) experimentan el dilema cuando reconocen los riesgos de infectarse, pero tienen autonomía de continuar laborando. Para las trabajadoras sociales, como PS han expresado el principio de autonomía para continuar trabajando en SU y no renunciaron,

sin embargo, Pily sí presentó la tensión tipo dilema cuando le hubiera gustado retirarse y Caya no experimenta la tensión.

En el caso de las auxiliares de enfermeras se puede inferir que la autonomía no es complemente una decisión propia de la persona puesto que está directamente vinculada a la afectación de personas que estén a su cargo.

Las terapeutas respiratorias han mostrado que el principio de autonomía les genera un propósito de continuar trabajando en SU y que no presentaron una tensión tipo dilema para decidir sobre su actividad laboral pues ellas nunca pensaron en retirarse.

Las psicólogas como PS han expresado el principio de autonomía para continuar trabajando en SU y no renunciaron, sin embargo, Mafalda sí presentó la tensión tipo dilema cuando decide continuar laborando, situación que MFAM no experimenta.

Los tecnólogos en radiología han expresado de manera clara el principio de autonomía para continuar trabajando en SU, conservando las medidas de bioseguridad de EPP y la responsabilidad de autocuidado. No presentaron una tensión tipo dilema para decidir en su actividad laboral pues ellos nunca pensaron retirarse.

4.10.4. Análisis de la pregunta 10

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre si experimentaron el dilema de continuar con esas condiciones de trabajo en SU o retirarse temporalmente del lugar de trabajo, se encontró que la mayoría identifica la tensión tipo *dilema* cuando experimenta esa necesidad de elegir entre continuar o retirarse del trabajo y se reconoce el principio de *autonomía* en el ejercicio de la profesión cuando decide continuar trabajando en SU (anexo tablas 48 y 49).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes trece (13) (54 %) sí experimentaron el dilema de continuar o retirarse del trabajo, sin embargo, veintitrés (23) (96 %)

reconocen el principio de autonomía en el ejercicio de la profesión y determinan continuar trabajando en SU porque no tienen otro trabajo, otra fuente de ingresos o porque no tienen una actividad que realizar en su vida. Por lo anterior, se soluciona la tensión tipo *dilema* al experimentar la decisión del trabajo en SU cuando se relaciona con la ética de máximos y mínimos, mostrando que esta se aplica en decisiones individuales (anexo tabla 50).

En la pregunta sobre decidir si continúan laborando en SU aun reconociendo que existe el alto riesgo de infectarse de la COVID-19, los PS de SU sí identifican la tensión "dilema", y sobre el principio de "autonomía" en el ejercicio de su profesión afrontan y determinan que deciden continuar laborando en SU con los EPP y las medidas de bioseguridad que ofrece el hospital y las que adquieren con sus propios recursos económicos. Por lo anterior, el resultado obtenido es del 50 %, de tal manera que el profesional de la salud no tiene una suficiente identificación de la tensión *dilema* que se ha vivido en SU (anexo tabla 51).

En este sentido, sobre la pregunta 10, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran doce (12) participantes, nueve (9) de ellos mujeres, cinco (5) casadas; entre los PS están principalmente dos (2) de los cuatro (4) médicos especialistas, tres (3) de los cuatro (4) médicos generales, dos (2) de las cuatro (4) enfermeras, una de las dos (2) psicólogas y dos (2) trabajadoras sociales. En el cuadrante D no se encuentran participantes. En el cuadrante B se encuentran once (11) participantes, ocho (8) de ellos mujeres, seis (6) casadas, dispuestos así según su profesión: uno (1) de los cuatro (4) médicos especialistas, uno (1) de los cuatro (4) médicos generales, dos (2) de las cuatro (4) enfermeras, dos (2) terapeutas respiratorias y dos (2) tecnólogos en radiología. En esta pregunta es mejor comparar y contrastar los cuadrantes A y B, por lo que se puede establecer que son grupos heterogéneos, pero cercanos en el número de los participantes: doce (12) en el cuadrante A y once (11) en el B. Sin embargo, en términos de la tensión, el grupo del cuadrante A sí experimenta el dilema y el del B no lo experimenta. Sobre el principio de autonomía de la profesión, los participantes de los grupos

A y B continúan laborando en SU, exponiendo algunas razones como la fuente de salario, el hecho de no tener otra opción de ingresos o actividad económica y la adquisición de un compromiso social y profesional anteponiendo riesgos de enfermar de la COVID-19 (anexo tabla 52).

4.11. Pregunta número 11

Cuando empezaron a aumentar los casos de pacientes positivos de COVID-19 se presentó un conflicto en la administración del tratamiento pues se evidenció una mínima efectividad, por lo que existe la necesidad de hacer ajustes en la terapia y se requiere de la participación de otros profesionales; sin embargo, se encuentran diferentes conceptos sobre un nuevo tratamiento, lo que genera fricciones entre los profesionales. Teniendo en cuenta el principio de no maleficencia sobre un nuevo tratamiento, en el que existen conceptos válidos y controversiales, ¿usted como profesional de la salud de urgencias de qué manera soluciona el conflicto o piensa que puede existir otro tipo de soluciones?

4.11.1. Eje de análisis

- Ética de máximos y mínimos
- Conflicto (tensión) y no maleficencia (principio)

4.11.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta planteada, se ha considerado tener en cuenta dos opciones de respuesta: para el conflicto las opciones de respuesta son “Ajuste de terapia” o “Continuación de tratamiento” y para el principio “Reconoce” cuando se abstiene de realizar alguna decisión o acción que pueda causar daño al paciente o “No reconoce” cuando se considera que se abstuvo de tomar alguna decisión porque pensó que era lo mejor en el momento para esa persona.

4.11.3. Solución propuesta por los entrevistados

Podríamos considerar que los cuatro (4) médicos especialistas solucionan el conflicto y que además buscan proteger al paciente de los resultados adversos de estas terapias.

La mitad del grupo de los médicos generales apoya las terapias nuevas y la otra mitad lo hace de manera mixta, es decir, terapia antigua escalonada al ajuste nuevo. Todos accionan desde el principio de no causar daño en el paciente, es decir, el principio de no maleficencia.

Las enfermeras tienen claro que es necesario ajustar la terapia en el paciente que no presenta una mejoría clínica. De esta manera se soluciona la tensión tipo conflicto y reconocen el principio de no maleficencia en términos de no causar daño en el paciente usando nuevas terapias.

Las auxiliares de enfermería tienen diferentes maneras de solucionar el conflicto: tres (3) de cuatro (4) ajustan con apoyo de especialista y solo una (1) no, pero todas esperan cuidar al paciente con el principio de no maleficencia.

Las terapeutas respiratorias solucionan el conflicto porque aceptan que se ajuste la terapia y se proponen cuidar al paciente de los resultados adversos de la nueva terapia.

Los dos (2) tecnólogos de radiología tienen claro que es necesario que se haga ajustes en la terapia de un paciente que no presenta una mejoría clínica. Así, solucionan la tensión tipo conflicto, pero solo MAZ reconoce el principio de no maleficencia en términos de no causar daño y seguir el protocolo establecido.

4.11.4. Análisis de la pregunta 11

Cuando existe la necesidad de hacer ajustes en la terapia y se requiere de la participación de otros profesionales, pero se encuentran diferentes conceptos en un nuevo tratamiento, se encontró que los PS solucionan la tensión tipo conflicto si ajustan la terapia o continúan el tratamiento y reconocen el

principio de no maleficencia cuando se abstienen de realizar alguna decisión o acción que pueda causarle daño al paciente al considerar un nuevo tratamiento (anexo tablas 53 y 54).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes dieciséis (16) (80 %) solucionan el conflicto ajustando la terapia y dieciocho (18) (90 %) reconocen el principio de no maleficencia, destacándose que se decide iniciar un nuevo tratamiento sin la intención de que pueda causar daño en pacientes con COVID-19. Además, hay que mencionar que la tensión tipo conflicto en los PS en SU se vincula con la ética de máximos y mínimos, considerando que esta se aplica en público o en lo general (anexo tabla 55).

En la pregunta sobre determinar si es necesario ajustar la terapia para el paciente con COVID-19 o continuar la terapia sin hacer cambios aun cuando se evidencia la mínima efectividad, los PS de SU afrontan la tensión *conflicto* y, a partir del principio de no maleficencia, deciden realizar los ajustes necesarios en la nueva terapia sin causar ningún tipo de daño. En la situación anterior se obtiene que el 83 % de los PS sí soluciona la tensión *conflicto* que ha experimentado en SU (anexo tabla 56).

En este sentido, sobre la pregunta 11, no participan las dos (2) psicólogas y las dos (2) trabajadoras sociales. Los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran dieciséis (16) participantes, once (11) de ellos mujeres, ocho (8) casadas; entre los PS están tres (3) de los cuatro (4) médicos especialistas, tres (3) de los cuatro (4) médicos generales, las cuatro (4) enfermeras, tres (3) de las cuatro (4) auxiliares de enfermeras y las dos (2) terapeutas respiratorias. Por otra parte, en el cuadrante D no se encuentran participantes. Por lo tanto, el cuadrante A y D no se pueden comparar. Además, se puede establecer que todos los grupos son heterogéneos, que todos los cuadrantes son diferentes y que la mayoría de participantes están en el cuadrante A. Se puede explicar que la decisión tomada por el grupo del cuadrante A está a favor de ajustar la terapia sin causar daño al paciente (anexo tabla 57).

4.12. Pregunta número 12

Se ha detectado un problema relacionado con el tiempo entre la toma de muestra biológica (hisopado nasal para antígeno COVID-19) y el tiempo de entrega del resultado, situación que retrasa el inicio del tratamiento y el plan de terapia definitivo. Según su experiencia como profesional de la salud, ¿para solucionar el problema usted tuvo en cuenta el principio de beneficencia o resolvió de otra manera?

4.12.1. Eje de análisis

- Ética de máximos y mínimos
- Problema (tensión) y beneficencia (principio)

4.12.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta planteada, se indica que el problema se soluciona cuando se gestiona un menor tiempo para el resultado o se actúa para iniciar tratamiento antes de obtener el resultado y se categorizan las respuestas de los participantes como “No solucionan” para aquellos que no realizan ninguna acción encaminada a la solución. En relación con el principio de beneficencia, se inicia la terapia para el paciente con COVID-19 antes de tener el resultado.

4.12.3. Solución propuesta por los entrevistados

Todos los médicos especialistas solucionan el problema porque inician tratamiento antes del resultado de la prueba y se anticipan con la beneficencia porque esperan no causar más daño al paciente mientras este llega.

Todos los médicos generales solucionan la tensión tipo problema porque inician el tratamiento antes del resultado de la prueba y se anticipan con la beneficencia porque inician la terapia al paciente y le indican hospitalización.

En las profesionales en enfermería, tres (3) de cuatro (4) solucionan la tensión tipo problema porque proponen iniciar un tratamiento antes del resultado de la prueba y son proactivas en el principio de beneficencia porque inician la terapia al paciente en SU.

Las trabajadoras sociales no solucionan la tensión tipo problema y tampoco reconocen el principio de beneficencia porque no intervienen directa o indirectamente en el tratamiento que necesita el paciente en SU.

En el grupo de auxiliares de enfermería, tres (3) de cuatro (4) solucionan la tensión tipo problema porque proponen iniciar un tratamiento, dos (2) por medio de hospitalización y uno (1) con manejo en casa; el otro auxiliar de enfermería no inicia un tratamiento temprano, pero se preocupa por el resultado al llamar al laboratorio. Todos ellos reconocen el principio de beneficencia porque tienen la intención de ofrecer lo mejor al paciente en SU.

Entre las terapeutas respiratorias, solo Flor soluciona la tensión tipo problema porque participa al iniciar una terapia temprana y reconoce el principio de beneficencia con lo mejor intensión hacia al paciente en SU. Para Isabella Cuellar no hay una solución adecuada y no hay claridad del principio de beneficencia.

En el grupo de profesionales en psicología, Mafalda y MFAM solucionan la tensión tipo problema y también reconocen el principio de beneficencia porque no esperan un resultado en tanto tiempo y dan los cuidados o recomendaciones que el paciente necesita en SU.

En el grupo de tecnólogos de radiología, solo MAZ soluciona la tensión tipo problema y reconoce el principio de beneficencia con la mejor intensión de ofrecer un resultado temprano al paciente en SU. Para Gus hay una solución adecuada orientada por imágenes diagnósticas, pero no tiene claridad del principio de beneficencia.

4.12.4. Análisis de la pregunta 12

Para los PS en SU que participaron en la pregunta, se ha relacionado un problema con el tiempo entre la toma de muestra biológica y la entrega del resultado, y se les consulta si para solucionar el problema tuvieron en cuenta el principio de beneficencia o lo resolvieron de otra manera. Se encontró que la tensión tipo *problema* se soluciona cuando se gestiona un menor tiempo para el resultado o se actúa para iniciar tratamiento antes de obtener el resultado y se reconoce el principio beneficencia cuando se inicia la terapia para el paciente con COVID-19 antes de tener el resultado (anexo tablas 58 y 59).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes veintiuno (21) (88 %) solucionan el problema cuando gestionan un menor tiempo para el resultado y veintidós (22) (92 %) reconocen el principio de beneficencia, destacándose que deciden iniciar la terapia antes de tener el resultado en pacientes con COVID-19 en SU. Por lo anterior, la tensión tipo problema en los PS en SU se vincula con la ética de máximos y mínimos, considerando que la ética de máximos se aplica en lo individual (anexo tabla 60).

En la pregunta sobre motivar o hacer algún tipo de gestión para que el resultado del examen hisopado nasal que detecta la COVID-19 se obtenga en el menor tiempo en el servicio de urgencias y además se realice un tratamiento de manera oportuna, los PS de SU actúan ante la tensión *problema* y sobre el principio de *beneficencia* cuando determinan que es necesario que se inicie el tratamiento antes de que llegue el resultado, y que es muy importante atender sobre los síntomas del paciente o tener en cuenta los resultados de otros exámenes complementarios. En la situación anterior se obtiene que el 87 % de los PS sí soluciona la tensión *problema* en SU (anexo tabla 61).

En este sentido, sobre la pregunta 12, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran veintiún (21) participantes, quince (15) de ellos mujeres, diez (10) casadas; entre los PS están los cuatro (4) médicos especialistas, tres (3) de los cuatro (4) médicos generales, tres (3) de las cuatro (4) enfermeras, las cuatro (4) auxiliares de enfermeras, las dos (2) terapeutas respiratorias y los

dos (2) tecnólogos en radiología. Por otra parte, en el cuadrante D se encuentran dos (2) participantes: uno (1) de los cuatro (4) médicos generales y una (1) de las cuatro (4) enfermeras.

Por lo tanto, el cuadrante A y D tienen grupos diferentes y heterogéneos; todos los cuadrantes son diferentes y la mayoría de participantes está en el cuadrante A. Ahora, se puede explicar que el grupo del cuadrante A gestiona y favorece la atención del paciente en acción del principio de beneficencia, pues se evidencia la preocupación en SU por iniciar la terapia adecuada apoyándose en radiografía y síntomas clínicos cuando el tiempo del resultado es muy demorado. Por otra parte, se evidencia que el grupo del cuadrante D es indiferente a la atención del paciente (anexo tabla 62).

4.13. Pregunta número 13

Como profesional de la salud en SU en la atención del paciente con diagnóstico de COVID-19 positivo, usted considera que el paciente debe ser trasladado a la unidad especial paciente respiratorio grave. Existe el concepto universal de que todo paciente con deterioro del patrón respiratorio, baja oxigenación y alteración neurológica debe pasar a la sala especial, por eso usted solicita el trasladado respectivo; sin embargo, no hay posibilidad de llevarlo a sala especial por escases de medicamentos y PS, por esta razón en ese momento usted no puede trasladar al paciente a la unidad especial y debe asistirlo desde la SU a pesar de reconocer el alto riesgo de que de usted y sus compañeros de trabajo se infecten. Como no puede respetar el principio de universalidad de trasladar al paciente a la sala adecuada, ¿cuál decisión tomaría: atender en urgencias o trasladar a otra unidad?, y en cada uno de los casos, ¿cómo determinaría si aumenta o disminuye la angustia moral?

4.13.1. Eje de análisis

- Ética del cuidado
- Angustia moral (tensión) y universalidad (principio)

4.13.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta planteada, en referencia a la angustia moral, se consideró que “Aumenta” cuando el profesional sabe y acepta que lo correcto es que al paciente se le presté la atención que requiere y por ello, aunque las condiciones en el servicio de SU son limitadas, decide quedarse con el paciente en el servicio, intentando brindar la mejor atención que el paciente requiera. Si, por el contrario, según el criterio del PS se prefiere cambiar o realizar el traslado, se clasificarán las respuestas en “Disminuye” porque no identifica las acciones correctas al no experimentar angustia moral.

En relación con el principio de universalidad, se determinó que el profesional en salud “Reconoce” cuando comprende que al paciente del caso se le debe brindar una atención en sala especial para COVID-19 únicamente y “No reconoce” para aquellos que no identifican el principio.

4.13.3. Solución propuesta por los entrevistados

De los cuatro (4) médicos especialistas, tres (3) determinan una atención en SU para el paciente; identifican un aumento de la angustia moral y, por ello, también reconocen el principio de universalidad.

En cuanto a los médicos generales, tres (3) de los cuatro (4) no presentan una atención en SU y deciden que se traslade al paciente a otra unidad, mostrando una disminución de la angustia moral y, por ello, no reconocen el principio universalidad.

Las cuatro (4) profesionales en enfermería muestran un aumento de la angustia moral y por ello sí reconocen el principio de universalidad al prestar una atención adecuada en SU hasta que se presente el traslade a otra unidad.

Las trabajadoras sociales consideran que se no debe realizar el procedimiento ya que es necesario esperar a que estén todos los EPP para no arriesgar la vida de los PS, así que ellas no solucionan la crisis y sí reconocen el principio de seguridad.

Sobre las auxiliares en enfermería, tres (3) de las cuatro (4) sí prestan una atención en SU para el paciente que requiere del traslado a otra unidad, por ello muestran un aumento de la angustia moral y sí reconoce el principio de universalidad.

Las terapeutas respiratorias sí evidencian la angustia moral y reconocen el principio de universalidad teniendo en cuenta que el paciente recibe atención en SU.

Las psicólogas tienen conceptos opuestos: Mafalda presenta una mayor angustia moral y no reconoce el principio de universalidad y MFAM evidencia una disminución de la angustia moral y no reconoce el principio de universalidad.

Los tecnólogos de radiología sí evidencian la angustia moral y reconocen el principio de universalidad teniendo en cuenta que el paciente recibe atención en SU con personal capacitado y en un área de aislamiento.

4.13.4. Análisis de la pregunta 13

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre cuál decisión tomarían si un paciente que tiene COVID-19 con deterioro del patrón respiratorio, baja oxigenación y alteración neurológica requiere traslado a una unidad especial, pero no hay posibilidad de llevarlo a sala especial por escasez de medicamentos y PS, se encontró que la tensión tipo *angustia moral* aumenta cuando el profesional acepta que al paciente se le preste la atención en SU hasta que se logre el traslado y reconoce el principio de *universalidad* cuando comprende que al paciente se le debe brindar una mejor atención en la sala especial para COVID-19 (anexo tablas 63 y 64).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes catorce (14) (58 %) presentan la angustia moral que aumenta cuando al paciente se le preste la atención en SU y veinte (20) (83 %) reconocen el principio de universalidad al comprender que el paciente recibe una mejor atención en la

sala especial para COVID-19. Por lo anterior, la tensión tipo *angustia moral* en los PS en SU se vincula con la ética del cuidado, considerando que esta se aplica en todos los casos (anexo tabla 65).

En la pregunta, los PS de SU actúan ante la tensión *angustia moral* y sobre el principio de *universalidad* cuando reconocen que es necesario que se asista al paciente en SU con el recurso humano y la tecnología disponible, y que se adapte la sala de reanimación temporalmente en unidad especial para que no se quede sin tratamiento. Por lo anterior es evidente que aumenta la angustia moral cuando consideran que se debe prestar la atención y el tratamiento en SU, pues de esta manera los PS reconocen el principio de universalidad. Así, se tiene que el 54 %, de los PS aumenta la tensión *angustia moral* en SU (anexo tabla 66).

En este sentido, sobre la pregunta 13, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran trece (13) participantes, diez (10) de ellos mujeres, siete (7) casadas; entre los PS están uno de los cuatro (4) médicos especialistas, dos (2) de los cuatro (4) médicos generales, las cuatro (4) enfermeras, tres (3) de las cuatro (4) auxiliares de enfermeras, una (1) de las dos (2) terapeutas respiratorias y una (1) de las psicólogas. Por otra parte, en el cuadrante D se encuentran tres (3) participantes: una (1) de las cuatro (4) auxiliares de enfermeras, una (1) de las dos (2) terapeutas respiratorias y una (1) de las dos (2) trabajadoras sociales. Por lo tanto, se identifica que los cuadrantes A y D son diferentes y heterogéneos, y que la mayoría de los participantes está en el cuadrante A.

Entonces, el cuadrante A tiene interés por acondicionar y adaptar la sala de reanimación para la atención del paciente pues se reconoce el principio de universalidad cuando no hay disponibilidad en unidad especial, situación en la que se evidencia la preocupación por iniciar la terapia adecuada en SU. Así mismo, es evidente que el grupo del cuadrante D no reconoce el principio de universalidad y no da una atención favorable al paciente (anexo tabla 67).

4.14. Pregunta número 14

En SU se requiere realizar un procedimiento al paciente con diagnóstico de COVID-19 positivo que consiste en asegurar la vía aérea superior mediante el protocolo de secuencia para intubación (sedación y colocación de tubo orotraqueal). Por la emergencia del procedimiento y la condición aguda del paciente, se necesitan de inmediato EPP como gafas, careta, escafandra y mascarilla, pero no están completamente a disposición de los PS de urgencias, situación que platea la duda de si se atiende con los EPP disponibles, con los consecuentes riesgos, o si se espera a que esté la dotación completa para la atención del paciente, con el problema de que se deteriore la salud pero se disminuyan los riesgos para el profesional de la salud. La pregunta para los PS es, ante esta situación crítica, ¿cuál ha sido o es su decisión final?

4.14.1. Eje de análisis

- Ética del cuidado
- Crisis (tensión) y seguridad (principio)

4.14.2. Criterio para la clasificación

Para la pregunta planteada, en referencia a la tensión *crisis*, se consideró que “Aumenta” cuando el PS sabe y acepta que lo correcto es que al paciente se le preste la atención que requiere, por eso, aunque las condiciones en el servicio de SU son limitadas, decide quedarse con el paciente en el servicio, intentando brindar una atención lo más cercana posible a lo que paciente requiera. Si, por el contrario, a su criterio el PS prefiere realizar el traslado, se clasificarán las respuestas en “Disminuye” porque no identifica las acciones correctas al no experimentar crisis.

En relación con el principio de seguridad, se determinó que el profesional en salud “Reconoce” cuando comprende que bajo ninguna excepción al paciente del caso se le debe brindar una atención, y “No reconoce” para aquellos que no identifican el principio.

4.14.3. Solución propuesta por los entrevistados

Los médicos especialistas identifican la tensión porque no solucionan el procedimiento y reconocen el principio de seguridad ya que esperan a que estén los EPP completos.

Los médicos generales sí identifican la crisis y deciden no realizar el procedimiento. Así mismo, reconocen el principio de seguridad y consideran que se debe esperar a que estén los EPP completos.

Tres (3) de las cuatro (4) profesionales en enfermería sí identifican la crisis y deciden no realizar el procedimiento, y reconocen el principio de seguridad para proteger el personal de SU al considerar que se debe gestionar la adquisición de los EPP.

Las trabajadoras sociales consideran que no debe realizar el procedimiento y que es necesario esperar a que estén todos los EPP para no arriesgar la vida del profesional de la salud, así que no solucionan la crisis y sí reconocen el principio de seguridad.

Las cuatro (4) auxiliares en enfermería sí identifican la crisis y deciden no realizar el procedimiento, y reconocen el principio de seguridad al saber que se debe esperar a que los EPP estén completos.

Las terapeutas respiratorias identifican la crisis y la solucionan decidiendo que se realice el procedimiento, pero no reconocen el principio de seguridad porque no esperan a que los EPP estén completos.

Las psicólogas tienen miradas diferentes pues Mafalda soluciona la crisis indicando que se realice la intubación, pero no reconoce el principio de seguridad porque no espera a que los EPP estén completos, situación diferente para MFAM, quien no soluciona la crisis y sí reconoce el principio de seguridad.

Los tecnólogos en radiología identifican la crisis, pero no la solucionan ya que indican que no se realice la intubación y reconocen el principio de seguridad porque esperan a que los EPP estén completos.

4.14.4. Análisis de la pregunta 14

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre si, teniendo en cuenta la emergencia del procedimiento y la condición aguda del paciente, se debe realizar un procedimiento que consiste en asegurar la vía aérea superior mediante la intubación sin tener los EPP completos, se identifica la tensión tipo *crisis* cuando se decide no solucionar y no realizar el procedimiento por no contar con los EPP, aunque vaya a empeorar la salud del paciente, y se reconoce el principio de *seguridad* cuando se indica que se debe esperar para evitar el riesgo de infección tanto personal como del equipo de trabajo (anexo tablas 68 y 69).

Por lo anterior, se halló que de los veinticuatro (24) participantes diecinueve (19) (79 %) no presentan la *crisis* cuando no realizan el procedimiento y veinte (20) (83 %) reconocen el principio de *universalidad*. Por lo anterior, la tensión tipo crisis en los PS en SU se relaciona con la ética del cuidado, considerando que esta se determina en la seguridad del profesional de la salud (anexo tabla 70).

En la pregunta sobre si es necesario esperar o no a que estén los EPP completos para realizar el procedimiento urgente de intubación orotraqueal para el paciente con COVID-19, los PS pueden afrontar la tensión *crisis* y reconocer el principio de *autonomía* del profesional de la salud al identificar claramente la situación clínica del paciente y el procedimiento que requiere en la SU. Sin embargo, también se determina que realizar el procedimiento sin EPP completos tiene como consecuencia el aumento en los riesgos de infección para el personal de salud. Por lo anterior, se tiene que el 70 % de los PS sí aumenta la tensión *crisis* en SU porque aumenta el riesgo de infección de COVID-19 (anexo tabla 71).

En este sentido, sobre la pregunta 14, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran diecisiete (17) participantes, doce (12) de ellos mujeres, ocho (8) casadas; entre los PS están tres (3) de los cuatro (4) médicos especialistas, dos (2) de los cuatro (4) médicos generales, tres (3) de las cuatro (4) enfermeras, las cuatro (4) auxiliares de enfermeras, las dos (2) trabajadoras sociales y una (1)

de las dos psicólogas. Por otra parte, en el cuadrante D se encuentran tres (3) participantes: una (1) de las cuatro (4) enfermeras y las dos (2) terapeutas respiratorias. Es evidente que el cuadrante A y D son diferentes y heterogéneos, y que la mayoría de participantes está en el cuadrante A.

Se puede considerar que el grupo del cuadrante A reconoce el principio de autonomía de la profesión porque no realiza el proceso de intubación y determina que se debe esperar a que estén todos los EPP para realizar el procedimiento ya que se evidencia que existe alto riesgo de infección para el personal de la SU, condición completamente diferente para el grupo del cuadrante D que indica entubar sin EPP completos y, por tanto, no estima los riesgos de infección para el personal (anexo tabla 72).

4.15. Pregunta número 15

Durante el turno en SU se encuentra un paciente con diagnóstico de COVID-19 positivo con un referente de alto criterio de vulnerabilidad porque procede del área rural, tiene más de setenta años (70) y no tiene familiares ni un cuidador responsable. Justo en el turno es necesario realizar exámenes complementarios importantes como una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax que es útil para determinar el tratamiento y la internación definitiva. En este tipo de examen se requiere usar productos Iodados, por ello se necesita del consentimiento informado, aún más teniendo en cuenta que el paciente tiene una tasa de filtración renal menor del 30 %, por lo que se hace necesario la valoración por nefrología.

Como profesional de la salud usted reconoce que el examen es una prioridad, pero se genera un alto riesgo de afectarse el riñón, y el paciente está sin acompañante y ahora sin capacidad de consentir. En ese momento cuando se plantea la necesidad de hacer el diagnóstico del pulmón, con el consecuente posible daño del riñón, ¿cuál es su decisión final teniendo en cuenta la vulnerabilidad del paciente?

4.15.1. Eje de análisis

- Ética del cuidado
- Dilema (tensión) y vulnerabilidad (principio)

4.15.2. Criterio para la clasificación

La pregunta planteada hace referencia a elegir entre dos opciones: cuidar el riñón (realizar nefroprotección o alguna acción clínica que permita cuidarlo) o no cuidarlo, es decir, realizar el procedimiento directamente por la inmediatez que amerita el estado de salud del paciente.

Se interpreta entonces que quienes realizan una acción protectora o de cuidado en tiempo inmediato están teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la persona, es decir, tienen en cuenta que hay una condición clínica que puede empeorar, y la respuesta del criterio se marcaría como "Reconoce el principio". Para las respuestas que estén encaminadas a llevar el procedimiento diagnóstico sin tener en cuenta ninguna prevención, se podrá entender que "No reconoce" la vulnerabilidad o capacidad disminuida que la persona tiene en ese momento ante su situación médica.

4.15.3. Solución propuesta por los entrevistados

Tres (3) de los cuatro (4) médicos especialistas consideran la nefroprotección y así solucionan el dilema, y todos reconocen el principio de vulnerabilidad del paciente.

Tres (3) de los cuatro (4) médicos generales consideran la nefroprotección para solucionar el dilema, y los cuatro (4) médicos generales reconocen el principio de la vulnerabilidad del paciente.

Las profesionales en enfermería solucionan el dilema determinando proteger el riñón y también reconocen el principio de la vulnerabilidad del paciente.

Las profesionales en trabajo social en SU no identifican y no solucionan el dilema, pero sí se considera que reconocen el principio de la vulnerabilidad del paciente debido a su estado socioeconómico.

Las auxiliares en enfermería en SU solucionan el dilema determinando proteger el riñón y también reconocen el principio de la vulnerabilidad del paciente.

Respeto a las profesionales en terapia respiratoria en SU, únicamente Isabella Cuellar soluciona el dilema determinando que sí se debe proteger el riñón y a la vez reconocen el principio de la vulnerabilidad del paciente.

Las profesionales en psicología en SU tienen diferentes enfoques: Mafalda identifica y soluciona el dilema, pero no reconoce el principio de la vulnerabilidad del paciente y MFAM soluciona el dilema y sí reconoce el principio de la vulnerabilidad.

Entre los tecnólogos en radiología en SU, únicamente Gus soluciona el dilema determinando que se realice el examen de TAC de tórax, aunque no se proteja el riñón, pero así no reconocen el principio de la vulnerabilidad del paciente.

4.15.4. Análisis de la pregunta 15

Para los PS en SU que participaron en la pregunta sobre cómo cuidar la vulnerabilidad del paciente si hay la necesidad de hacer el diagnóstico del pulmón por TAC de tórax con medio de contraste, pero eso genera un posible daño al riñón, se identifica la tensión tipo *dilema* sobre si cuida el riñón por nefroprotección o alguna otra acción clínica o si no se cuida y se reconoce el principio de vulnerabilidad porque tiene una condición clínica que puede empeorar (anexo tablas 73 y 74). Por lo anterior, de los veinticuatro (24) participantes hay diecisiete (17) (71 %) que presentan el dilema y deciden proteger el riñón y dieciséis (16) (67 %) reconocen el principio de vulnerabilidad. Por lo anterior, la tensión tipo *dilema* en los PS en SU se evidencia en la ética del cuidado, considerando la preocupación de la vulnerabilidad del paciente (anexo tabla 75).

Por lo anterior se tiene que el 66 % de los PS sí afronta la tensión *crisis* en SU porque protege al máximo el riñón (anexo tabla 76).

En este sentido, sobre la pregunta 15, los hallazgos muestran que en el cuadrante A se encuentran dieciséis (16) participantes, trece (13) de ellos mujeres, siete (7) casadas; entre los PS están dos (2) de los cuatro (4) médicos especialistas, los cuatro (4) médicos generales, las cuatro (4) enfermeras y una (1) de las cuatro (4) auxiliares de enfermeras. Por otra parte, en el cuadrante D se encuentran siete (7) participantes: uno (1) de los cuatro (4) médicos especialistas, una (1) de las cuatro (4) auxiliares de enfermeras, una (1) de las dos (2) terapeutas respiratorias, una (1) de las dos (2) psicólogas y las dos (2) trabajadoras sociales. Entonces, es evidente que los cuadrantes A y D son diferentes y heterogéneos, y que la mayoría de participantes está en el cuadrante A. Los participantes del cuadrante A son aquellos que tienen el dilema y protegen el riñón, considerando que el examen se realice en un tiempo diferido, de tal manera que se reconoce el principio de vulnerabilidad en el paciente. En esta situación se evidencia que el PS advierte la fragilidad del paciente y cuida de él para que esté en la mejor condición, posición que es completamente opuesta a la del grupo del cuadrante D que no hace la nefroprotección e indica realizar el examen desconociendo la vulnerabilidad del paciente (anexo tabla 77).

5. Discusión

En esta parte de la investigación se logran el encuentro reflexivo y el diálogo constructivo de las tensiones bioéticas con la ética. Así mismo, se puede mostrar de manera dinámica e interactiva varias situaciones vividas o plateadas en la relación del profesional de la salud con la persona en sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19, pues es el momento en el que se evidencian diferentes tensiones durante la atención en SU del hospital universitario y se observan las diferentes situaciones simples o complicadas desde un panorama real durante el tiempo de la pandemia.

Discutiremos cómo fueron las atenciones y decisiones de los PS cuando experimentaron las tensiones bioéticas para cada paciente y la familia en los aspectos del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. La interpretación se hace desde la ética del cuidado de Gilligan, Nussbaum y Pelluchon o desde la ética de máximos y mínimos de Gracia y Cortina, entonces las decisiones y la discusión se determinan en conjunto con las publicaciones actuales de la literatura y la realidad de los recursos disponibles en el lugar de trabajo de los PS.

Por lo anterior, en el orden en que se realizó cada pregunta de la entrevista, así mismo se tomó cada análisis de resultado y, según la solución presentada, se estableció una situación bioética para explicar las decisiones tomadas por los PS. Entonces, tanto la tensión bioética como la ética dan un enlace fuerte a la hora de tomar una decisión individual o colectiva en la experiencia vivida o planteada en la jornada de trabajo, más cuando en SU los PS tuvieron claro que sí existieron dinámicas laborales exigentes.

Aquí es necesario decir que el grupo de veinticuatro (24) PS que participó en la entrevista es heterogéneo, pues en un turno de trabajo siempre interactúan diferentes profesionales con distintas edades o tiempo de experiencia y funciones en la atención. También es necesario decir que el sentido de participación en cada decisión está directamente relacionado con la autonomía o heteronomía profesional, pues ello depende del rol jerárquico o el papel que desempeña el profesional de la salud en la interacción durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de COVID-19.

A partir de este momento, se discuten las atenciones presentadas en SU relacionadas con la tensión bioética a manera de situaciones vividas o planteadas.

5.1. Conflictos por el retraso de exámenes

En SU el profesional de la salud descubre que no se ha realizado la radiografía de tórax de manera inmediata a un paciente asintomático respiratorio con diagnóstico de COVID-19 positivo, lo cual puede retrasar el tratamiento y la ubicación del paciente en hospitalización.

En la situación anterior, los PS actúan según la ética de máximos y mínimos al solucionar la tensión mandando a realizar el examen radiológico al paciente desde el principio de no maleficencia, lo que facilita un avance en la atención, como lo manifiestan Burdiles y Ortiz (2021): "Deber de no abandono […] de los PS, deben dar cumplimiento a la obligación profesional de cuidar a los pacientes infectados, considerando todos los riesgos personales y familiares que ello implica". Por esta razón, es evidente que no se abandona la atención, todo lo contrario, se busca una acción positiva para continuar el examen y para llevar un buen manejo del paciente en SU.

Como lo expresan Pugh *et al*. (2021): "la decisión sobre dónde establecer el umbral […] debe ser relativo a la cantidad de pacientes que necesitan el recurso y la disponibilidad del recurso a la vez", es necesario hacer un buen uso de la tecnología disponible con las características propias del paciente desde la evaluación clínica y la inmediatez del examen requerido. Así mismo, Jaziri y Alnahdi (2020) dicen que es necesario "maximizar la eficiencia (toma de decisiones para optimizar el uso de dispositivos médicos excluyendo a las personas de bajo riesgo) y equidad (tratar al paciente de manera similar)". Estos conceptos están centrados en garantizar un tratamiento pertinente y oportuno a cada paciente, especialmente aquellos en el contexto de la pandemia por la COVID-19.

Frente a la situación bioética vivida en la SU, es claro que el 58 % de los PS actuó adecuadamente, reconociendo el principio de no maleficencia en el marco de la ética de máximos y mínimos, dado que

sus acciones están encaminadas a no hacer daño, al bien común y al bienestar general. Así mismo, 67 % solucionó favorablemente la tensión de conflicto.

La realización oportuna de exámenes para optimizar tiempo y recursos tecnológicos permite iniciar tratamientos adecuados. El principio de no maleficencia está identificado cuando hay retraso de exámenes desde la ética de máximos y mínimos. Por otra parte, no hacer el examen genera un conflicto en SU.

5.2. Justicia sanitaria, entre igualdad y equidad

Un paciente tiene diagnóstico de COVID-19 positivo y necesita traslado para una cama en UCI, sin embargo, no hay disponibilidad. Lo justo es trasladar al paciente a otra IPS, pero hay un problema y no se cuenta con la contratación suficiente para el traslado.

En una nueva situación bioética relacionada con la necesidad de atención inmediata al paciente que requiere una cama en la UCI y no hay disponibilidad, se ha observado como respuesta por parte del profesional de la salud hacer dicha atención con los recursos disponibles en SU. Para estas situaciones, la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias indica en su protocolo cuál es la atención para COVID-19: “los PS en SU deben estar preparados para todos los posibles escenarios que se generasen en la pandemia” (Hernández *et al*., 2020). Por ello, los PS de SU deben responden a esta contingencia, es decir que deben atender al paciente que necesita la cama de UCI hasta que sea posible el traslado.

Pugh lo hace notar de otra manera cuando señala que “debemos identificar qué distribución de ventiladores adicionales salvaría la mayor cantidad de vidas. […]. Pero lo haríamos sabiendo que esto tiene un costo en la cantidad de vidas salvadas” (Pugh *et al*., 2021). Sin embargo, las respuestas de los PS fueron dadas según las adecuaciones físicas y tecnológicas en relación con los recursos disponibles en SU, pero cada atención fue orientada en términos de igualdad, equidad y justicia.

En este mismo sentido, Barreiro Vázquez (2021) menciona que “todo individuo debería tener acceso y derecho equitativo a la atención sanitaria”, enfatizando dos premisas éticas: “ningún desenlace negativo evitable” y “salvar al que más probablemente se recuperará”. En la realidad, cuando no hay disponibilidad de cama UCI y no se puede realizar el respectivo traslado a otra IPS, el profesional de la salud de urgencias realiza el cuidado permanente y mantiene el soporte vital.

Complementando lo anterior, la Universidad El Bosque publicó un artículo en la *Revista Colombiana de Bioética* sobre los ajustes normativos en Colombia en relación con la garantía del derecho a la salud y critica las profundas brechas de justicia distributiva e inequidad en tiempos de pandemia (García-Echeverry *et al*., 2020). Esta es una reflexión encaminada a mejorar las áreas de atención de pacientes con COVID-19 y permite que se pueda disponer de la tecnología necesaria en SU para que el profesional de la salud pueda atender con el menor riesgo negativo, aun cuando se presenten problemas de tipo administrativo.

En la situación presentada en la que es necesario dar una atención inmediata al paciente que requiere de la UCI y no hay disponibilidad, se observó que los PS actuaron ante el principio de justicia (83 %) en la ética de máximos y mínimos en respuesta del bien general y la solución del problema (75%), determinándose un resultado éticamente aceptado y concordante.

Al aumentar la capacidad instalada de UCI y minimizar los riesgos, la respuesta de los PS en ética de máximos y mínimos es favorable en términos de justica, al igual que la solución de problemas en SU.

5.3. Crisis por EPP no disponibles en urgencias

Sobre la situación presentada en SU acerca de un paciente que requiere trasladarse para una tomografía y no están los EPP completos para ejecutar este procedimiento, los PS, siguiendo su criterio ético, procuraron no exponerse tanto en lo individual como en lo colectivo. Afirman que es aceptado el uso completo de los EPP para todos los procedimientos en SU, como lo expresa la Asociación Americana de

Dentistas (en inglés American Dental Association, ADA) en la publicación *Healthcare workers in all fields have reported difficulties sourcing Personal Protective Equipment (PPE) during the COVID-19 pandemic*; en esta "se determinó cuándo y cómo extender el uso de respiradores N95 […] en el control de la infección" y se proporcionan estrategias convencionales (ADA, 2020), por lo que cada procedimiento exige el uso total de los EPP para los PS.

Además, lo anterior lo reafirma la Universidad de Portland (Oregón, USA) en el artículo "Facial protection for healthcare workers during pandemics: A scoping review": "la importancia que presenta el uso de la mascarilla facial es una protección de barrera contra la contaminación por salpicaduras y aerosoles expulsados en forma aguda durante los procedimientos" (García *et al*., 2020). Sin duda alguna, esto obliga a que los PS deben usar los EPP completos.

Así mismo, se tiene en cuenta el artículo de Esquivel-Guadarrama (2020), quien señala: "la toma de decisiones y en la asignación de recursos cuando empiecen a escasear […] Lo que sí es un imperativo ético es que las decisiones deben consensuarse con el paciente cuando sea posible y/o sus familiares". Por lo anterior, es un deber explicar al paciente que se necesitan los EPP completos para hacer el traslado al tomógrafo y que se amerita un tiempo de espera para lograr tenerlos con el objetivo de no infectar al grupo de PS que hace el traslado.

En esta situación, cuando se trata de realizar cada uno de los procedimientos, es importante que los PS estén bien protegidos con los EPP adecuados y completos para evitar el contagio de la enfermedad COVID-19. Por tal razón, en esta situación los PS sí identifican la crisis (96 %) porque reconocen que viene primero la bioseguridad y que se debe tener los EPP completos para el traslado, pero no se cumple el principio de beneficencia (92 %), es decir que la ética de mínimos y máximos no es favorable para el paciente, pero sí muy pertinente para la seguridad de los PS.

La bioseguridad en relación con EPP completos da tranquilidad a los PS, pero en el enfoque de la ética de mínimos y máximos no satisface al no realizar los procedimientos, aunque es práctico identificar la crisis en SU.

5.4. Los PS y sus dilemas

En cuanto a la enfermedad COVID-19 existe un dilema en relación con los resultados del tratamiento: continuar o suspender la terapia cuando el paciente no presenta mejoría de salud; es en este asunto particular que vale el principio de autonomía del profesional de la salud en la toma de decisión sobre el tratamiento y sus resultados.

En la actualidad, es difícil para el profesional de la salud tomar decisiones tan agudas para continuar o retirar una terapia, en especial durante la pandemia por la COVID-19. En el artículo de Schnaubelt *et al*. (2021) se afirma: "en entornos de bajos recursos, […] las preguntas a nivel mundial siguen siendo las mismas: ¿Quién recibe acceso y cuándo se justifica el retiro en casos de falta de respuesta o deterioro?". Desde luego más que autonomía es una fuerte presión emocional y ética para el profesional de la salud el hecho de tener que considerar el retiro de la terapia.

Teniendo en cuenta dicho dilema, Burdiles y Ortiz (2021) en su artículo tienen en cuenta: "separación de roles entre el comité y los médicos tratantes, […] manejar los conflictos derivados del compromiso emocional de los médicos con sus pacientes y contribuir a minimizar el estrés del equipo clínico". La propuesta de los autores es clara: la decisión de continuar o suspender la terapia debe estar a cargo del comité bioético, teniendo en cuenta que el profesional de la salud debe preocuparse principalmente por el cuidado del paciente, y enfrentar el dilema conlleva desgaste emocional y mayor estrés.

Además, el hecho de que los PS "tengan que decidir quién debe morir y a quién mantendrán con vida, esto no debe ocurrir sin criterios claros, […] requiere de consenso de asociaciones profesionales,

un enfoque de equipo para la toma de decisiones y de apoyo psicológico" (Joebges y Biller-Andorno, 2020). Sobre esto, plantear acuerdos y consensos es lo correcto para tomar decisiones transcendentales, de manera que se minimiza la responsabilidad y se ofrece un alivio al profesional de la salud.

En su artículo, Barreiro (2021) dice sobre el triaje: "se presenta como un procedimiento técnico, desprovisto de contenido ético, pero en esencia este método aporta a los médicos y enfermeros una herramienta para evitar o disminuir la diversidad de dilemas éticos que se presentan". Así, el triaje es una herramienta muy técnica que facilita la toma de decisiones, por tanto, es muy útil para el profesional de la salud en asuntos de dilemas en la terapia para COVID-19.

En la discusión del dilema sobre continuar o suspender la terapia por decisión del profesional de la salud, 63 % decidió continuar la terapia, teniendo en cuenta que en esta situación no hay presencia de un comité de bioética y la decisión es tomada solo por el profesional de la salud en SU, por lo que es evidente la autonomía del profesional (79 %), sin embargo, no es evitable la alta carga emocional que experimenta al tomar la decisión. Es importante destacar que la ética de mínimos y máximos no es favorable para el profesional por el estrés generado por tener que tomar la decisión.

Una correcta aplicación del triaje es fundamental para los PS en SU porque favorece la toma de decisiones y elimina los cuestionamientos que pueden existir en ellas. Desde esta posición en la ética de mínimos y máximos no se altera el principio de la autonomía ni se reducen los dilemas.

5.5. Angustia moral y la negación de procedimientos

La siguiente situación de SU es la evidencia de la angustia moral relacionada con la negación permanente del paciente de aceptar la intubación y la conexión al ventilador mecánico. A pesar de la insistencia de los PS, se hace presente la ética del cuidado a través del principio de la solidaridad en el

grupo del turno, porque en este caso es necesario continuar la atención del paciente con COVID-19 en la UCI.

En situaciones vividas de angustia moral, en especial con los pacientes con COVID-19, es necesario tener de referencia el artículo de Karakachian y Colbert (2018), en el cual establecen una atención ética y de calidad, la cual debe respetar el punto de vista del paciente, de sus familiares y de otros profesionales sin socavar su integridad moral. Sin duda, buena parte de la atención sanitaria está ligada al respeto de la autonomía del paciente para evitar estados prolongados de angustia moral para los PS.

Así mismo, la angustia moral de los PS es identificada en el artículo de Burdiles y Ortiz (2021), quienes escriben que los profesionales deben "estar preparados para la adecuada toma de decisiones bajo ciertos criterios técnicos, criterios éticos […] y de paso, aliviar la carga psico-emocional y moral que puede agobiarlos". En este caso, aunque es cierto que los PS deben ser íntegros en lo asistencial, ético y emocional para tomar decisiones, la angustia moral está siempre latente en pacientes críticos o aquellos con labilidad emocional, como los ansiosos.

Otro aspecto para analizar sobre la angustia moral, aparte de la negación de un paciente de aceptar la terapia o un procedimiento, es la reducida disponibilidad de cama UCI o por los escases de insumos, como lo expresan Schnaubelt *et al.* (2021): "los pacientes con COVID-19 que enfrentan la necesidad de cuidados intensivos, por un lado, pero ante la escasez de recursos por otro lado, no están preparados para situaciones de triaje o al final de la vida". En concordancia con lo anterior, es prudente tener un manejo multidisciplinario con el apoyo de la bioética y la psicología en todos los casos para abordar los estados de angustia moral.

Por otra parte, los PS que tienen angustia moral, aunque acepten o respeten la voluntad del paciente, pueden continuar inseguros en relación con la evolución clínica y su desenlace. Joebges y Biller-Andorno (2020) mencionan en su artículo que "la distribución justa y la maximización de los beneficios en función de la probabilidad de supervivencia son el núcleo de las directrices de triaje".

Como se ha explicado, la angustia moral en los PS se alivia no solo por la decisión del paciente, sino también por la clasificación del triaje, que determina el pronóstico o la supervivencia.

En términos prácticos, los PS mostraron angustia moral (75 %) por la negación del paciente a la intubación, pero la solución no es favorable para los PS en SU del hospital dado que no resulta del todo cómodo apostar por el principio de solidaridad (46 %), considerando que no hay preocupación directa por concientizar al paciente sobre la necesidad de la intubación o no hay un trabajo psicosocial más paternalista y simplemente es el paciente quien decide según su voluntad.

La voluntad o el respeto a la autonomía del paciente es fundamental para que los PS tomen las decisiones de un tratamiento o un procedimiento. Cuando hay decisiones concretas que debe tomar el paciente, se genera una menor angustia moral para el profesional de la salud, situación diferente a las indecisiones del paciente que hacen que aumente la angustia moral y se condicione la solidaridad del equipo profesional de trabajo (evidenciando baja atención en la ética del cuidado).

5.6. Los problemas al inicio del programa de vacunación

Otra situación que se torna en discusión fue que en el esquema de vacunación, por la escases de las dosis, se estableció vacunar por grupo de priorización y líneas de atención, y se demostró que los PS no lograron la inmunidad adquirida total, pues se programó que el primer grupo de vacunación fuera la de los profesionales de UCI, dejando a los profesionales de urgencias en una posición relegada, lo que generó controversia porque ellos atendían los pacientes COVID-19 desde la SU, que es frecuentemente el sitio de ingreso para el hospital.

Sobre el tema de vacunación, la Resolución 1 del 2021 de la Organización de los Estados Americanos (OEA) informa que la distribución de las vacunas para COVID-19 es equitativa, por eso en torno al desarrollo y la administración de las vacunas se debe tener en cuenta:

> […] los principios de igualdad y no discriminación, dignidad humana, consentimiento informado, transparencia, entre otros. […] Sin embargo, se explica que las limitaciones actuales en la producción y capacidad de oferta de vacunas generan un escenario de escasez que reduce las opciones de adquisición. […] por lo tanto, obliga a desarrollar criterios para la priorización de grupos, ajustados a cada contexto nacional o regional, los cuales deben ser adoptados de manera transparente y participativa. (OEA y CIDH, 2021)

Acatando la anterior resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) elabora el plan nacional de vacunación y otros lineamientos necesarios para atender a la población general en la vacunación para COVID-19.

Tomando lo dispuesto por el Minsalud, en el Plan Nacional de Vacunación se establece la priorización de la población objeto en dos fases y cinco etapas para la aplicación de la vacuna contra el COVID-19. Así mismo, el documento *Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID 19* (Minsalud, 2021) muestra los grupos de priorización: la primera fase está integrada por las tres primeras etapas, en la primera entra el talento humano de la salud que se encuentra donde se atienda COVID-19, así: a) UCI; b) urgencias; c) hospitalización en modalidad intramural y extramural; d) laboratorio clínico y laboratorio de salud pública; e) radiología e imágenes diagnósticas; f) terapia respiratoria.

Además, en el Decreto 466 del 2021 de Minsalud se fija y ordena continuar con los grupos priorizados y con las líneas de atención en el esquema de vacunación ya establecidos en el Plan Nacional de Vacunación y en los lineamientos técnicos, es decir, los grupos de PS que trabajan en áreas de endoscopia digestiva o broncoscopia y los que se encuentran en el quirófano y tienen “contacto intenso mucho más frecuente y en condiciones de urgencia con la vía aérea expuesta […], dada la realización de procesos que liberan aerosoles como la intubación endotraqueal o la traqueotomía”. Según el decreto todos los profesionales son de primera fase y de primera etapa, en especial cuando tienen

procedimientos o tratamientos directos con los pacientes con COVID-19, entonces pueden ser vacunados como grupo A (similar al grupo de UCI).

Frente al esquema de vacunación, dosis y selección del profesional para recibir la vacuna se requiere de dos valores: igualdad y equidad, ya que todos deben tener igual tratamiento, sin discriminación por grupos de profesionales; a pesar de lo anterior, se puede decir que en equidad existe una diferencia según las necesidades a solucionar, teniendo en cuenta que hay "un tratamiento diferente para diferentes necesidades, que es difícil de lograr en el contexto de triaje (vacunación), donde la edad avanzada y las comorbilidades pueden afectar la supervivencia y maximización de beneficios" (Jöbges *et al*., 2020). Esto puede ser un soporte para considerar que no todos los PS de SU están o puedan estar en el primer grupo de vacunación en el hospital.

Ahora bien, es posible que si se selecciona un verdadero grupo de priorización que es correspondiente con las necesidades de vacunación para los PS, este proceso se determina con ética, "permitiendo la participación de todos aquellos que puedan verse afectados por las decisiones resultantes del proceso, basado en evidencia y revisable a la luz de nueva información o argumentos" (Joebges y Biller-Andorno, 2020). Es necesario reconocer en principio que todos (universal) merecen ser vacunados, pero hay problemas por la limitación de dosis de vacunas, los recursos escasos y la cantidad de tiempo para obtener nuevas dosis; aquí es donde se reconoce la ética del cuidado en relación, por una parte, con la generosidad de permitir que algunos profesionales se vacunen en el primer grupo y, por otra parte, con el hecho de no desarrollar sentimientos de egoísmo.

En general, la situación permitió conocer que de los PS de SU el 50 % estuvo de acuerdo en la manera como se organizó el programa de vacunación y el 79 % determinó que es un programa de comportamiento universal en la vacunación para COVID-19, es decir que evidencia profesionales resistentes al programa de vacunación para la inmunización adquirida, siendo la vacuna un bien común, proyectando y reflejando una ética del cuidado poco apreciada.

La equidad y la igualdad no pueden ser interpretadas o aprobadas en el mismo sentido pues cada una es completamente diferente, en especial cuando todos, de manera universal, tienen las mismas necesidades y requieren de mayor atención cuando se presentan problemas técnicos y operativos por la escases de recursos o de insumos. Es decir, es necesario aplicar la ética del cuidado cuando se debe implementar un programa común y general con limitaciones de insumos, tecnología y recursos.

5.7. Incertidumbre por la bioseguridad de los EPP

Siempre se podrá decir que los EPP no ofrecen bioseguridad completa al profesional de la salud, lo cual, de fondo, tiene una discusión en cuanto a los riesgos de contagio y las infecciones que se pueden adquirir en SU, por lo cual es posible que se pueda considerar el uso de otros métodos de bioseguridad.

El artículo "Personal protective equipment during the COVID 19 pandemic – A narrative review" afirma que el uso de EPP reduce las tasas de transmisión de infecciones o de enfermedades y que se logre la protección del personal. Lo fundamental es cuando el profesional de la salud en SU comprende el verdadero propósito de los EPP y su objetivo de reducir la transmisión de enfermedades de pacientes a otros pacientes y al personal de atención de salud (Cook, 2020).

En un estudio realizado en el Reino Unido y en Estados Unidos, se identificó que los trabajadores de la salud tienen mayor riesgo de contagio que la población general (González-Fisher *et al*., 2020). Desde luego que el mal o incorrecto uso de los EPP favorece el contagio del profesional de la salud en SU, entonces es probable que sí se usen otros métodos complementarios de bioseguridad.

En otro documento de la oficina de gestión de prestación de servicios de salud de Minsalud, se menciona que el talento humano debe estar preparado y capacitado (uso adecuado de los EPP) tanto en la atención de pacientes con COVID-19, como en los protocolos, la atención y el manejo (Resolución 502 del 2020). Así, es una política de salud el uso obligatorio y correcto de EPP para no adquirir la infección, el cual debe ser permanente en áreas hospitalarias para la protección de los PS.

En esta situación particular sobre los EPP, la discusión se plasma en el profesional de la salud (71 %) al reconocer que la bioseguridad no es total en los EPP, por lo cual se utilizan otros métodos de bioseguridad para evitar la infección, como el lavado de manos y la aplicación de alcohol en ellas, entre otros métodos de bioseguridad. A partir de la práctica de estrategias complementarias se controla la ansiedad de contagio y se supera la crisis (75 %) en los PS en SU. De esta manera, se resalta que la ética del cuidado es activa cuando tiene como principio de mayor valor la seguridad para el profesional de salud con EPP y otros métodos asociados para mejorar la atención de los pacientes con COVID-19.

La ética del cuidado está activa en el principio de seguridad por el buen uso de EPP y la práctica de otros métodos de bioseguridad que, en conjunto, reducen los riesgos de infección, con lo cual, en general, se logra una mayor tranquilidad para la atención del paciente y para la interacción entre los PS.

5.8. Sentido de la responsabilidad en urgencias

Durante la pandemia por la COVID-19 se identificaron otras situaciones especiales, una de ellas en SU, done se encontró un paciente con COVID-19 quien, aunque puede recibir el tratamiento en casa, no tiene un familiar de apoyo y cuidador. En este caso se evidencia la angustia moral del profesional de salud, por lo cual el profesional indica y resalta la responsabilidad en la ética del cuidado, pues desea brindar el bienestar general al paciente con COVID-19, pero siente angustia moral porque no puede asegurarle los cuidados necesarios, lo que tendrá como consecuencia el empeoramiento de su salud. Una posibilidad es que el profesional de la salud supere la angustia moral y tome la decisión de pasarlo a área hospitalaria o llevarlo a una casa de atención extramural.

En primer momento, el Ministerio de Sanidad de España realizó el documento técnico *Manejo clínico de COVID 19: atención hospitalaria*, el cual permite al profesional de la salud hacer frente a la atención del paciente con COVID-19: “la actuación debe interpretarse de forma individualizada para cada paciente y debe prevalecer el juicio clínico”; y para la SU: “Los casos de COVID 19 con criterios de

ingreso serán manejados en el ámbito hospitalario, no obstante, ante casos leves, el manejo domiciliario es la opción preferente" (Ministerio de Sanidad España, 2020a). Con estos conceptos no se diferencia edad, género, procedencia o alguna condición especial o particular del paciente para definir la ubicación para el tratamiento, solo se determina la condición clínica individual para enviar a casa o para hospitalizar.

En un nuevo momento, la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar elaboró el consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19. Lo particular del consenso es que orienta sobre cómo realizar el manejo para los pacientes con COVID-19 que no requieren de hospitalización y explica: "El seguimiento debe realizarse mediante visitas de telemedicina: llamada telefónica convencional, celular o video llamada a los pacientes" (Ministerio Ecuador, 2020). Así mismo, enfatiza en que los pacientes sean valorados tanto en lo clínico como lo social, es decir reconocer el concepto "valoración de riesgos en personas vulnerables" (Ministerio Ecuador, 2020). En este caso, es necesario que a cada paciente se le garantice un método de seguimiento domiciliario o una hospitalización con aislamiento para su tratamiento y, desde luego, se logre un buen resultado.

Por su lado, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia desarrolló el documento *Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID 19*, el cual presenta una escala que permite decidir si la ubicación del paciente con COVID-19 debe estar en un área de hospitalización o en su casa. Se aclara que la escala no es útil para definir el ingreso o no a UCI. Además, el documento indica que el paciente puede ser llevado a hospitalización cuando "las condiciones socioeconómicas o geográficas imposibiliten el seguimiento del paciente" (Minsalud, 2020b), como el paciente que realmente en casa no lograría la mejoría total.

Según lo expresado, se puede considerar que los PS deben buscar los medios posibles para aportar los cuidados de salud para el paciente vulnerable: "una atención de la máxima calidad y seguridad para

cada paciente según sus necesidades, también puede ser proporciónalo de acuerdo a la condición particular y pronóstico de la persona enferma" (Burdiles y Ortiz, 2021).

Los PS solucionan la angustia moral (75%) realizando el manejo y la terapia de manera institucional porque el paciente no tiene un cuidador en casa y no cuenta con una red de apoyo familiar, de tal forma que la ética del cuidado se ejecuta con el principio de responsabilidad (75 %). Es notable que el profesional de la salud tiene presente su compromiso de cuidador y pone en práctica la ética del cuidado.

Es frecuente que el PS experimente angustia moral ya sea por el tratamiento o por dar la mejor ubicación al paciente al momento de administrar la terapia. Para solucionarla es necesario aplicar escalas combinadas entre clínicas y socioeconómicas, lo cual ayuda a la ubicación del paciente para administrar la terapia y también reconoce la vulnerabilidad. En conjunto, fortalece el principio de responsabilidad clínico-social que debe tener en cuenta el profesional de la salud.

5.9. Conflicto para decidir RCCP en escases de EPP

Continuando con las tensiones bioéticas, se plantea una situación en la que hay dos personas, una con setenta años (70) que tiene COVID-19 con riesgo bajo y otra con sesenta años (60) que tiene COVID-19 con riesgo intermedio; se debe realizar la RCCP en un mismo tiempo a los dos pacientes y solo hay disponibilidad de EPP para uno, es decir que solo se puede realizar una RCCP. Se interroga al profesional de la salud de urgencias, según su experiencia, a quién realizaría el RCCP y cuáles serían las razones de su decisión.

En situaciones en las que se presenta escases de recursos o falta de profesionales de la salud y es necesario restringir o realizar un acto clínico en los términos de tratar e, incluso, en decidir salvar una vida, Jöbges *et al*. (2020) en su publicación nos dicen que "La suspensión de algún tratamiento no significa la suspensión de toda la terapia, e incluso la intubación con ventilación no significa que la

supervivencia sea garantizada". Según los autores, aunque se pretenda ofrecer y administrar algunas terapias, no se garantiza un buen resultado.

Rubio *et al*. (2020) enfatizan en que "aunque existe consenso hay que intentar maximizar tanto el número de personas beneficiadas como la supervivencia libre de discapacidad al alta hospitalaria y el número de años de vida salvados". En particular es mejor no despreciar la oportunidad de ofrecer algún tipo de terapia y tampoco desestimar un tratamiento para las personas de mayor edad, aun reconociendo las limitaciones que se dan por la escasez de recursos, como los necesarios para la RCCP.

Según Schnaubelt *et al*. (2021), "En tiempos de crisis y escasez de recursos, […] el mayor bien de las UCI, deberá estar en asignarse a los pacientes elegibles, lo que maximiza los años de vida salvados". La razón de ingresar a UCI se ajusta a las condiciones reales de salud cada paciente o del estado crítico y a una correcta aplicación del triaje. Entonces, se conceptúa que ingresar a la UCI no está ligada directamente con la edad.

Así, en SU los PS reconocen la disponibilidad limitada de EPP y se enfrentan a la RCCP, reconociendo la vulnerabilidad (75 %). Aunque cada paciente tiene su propia fragilidad también tienen la misma oportunidad, de tal manera que la tensión se soluciona al realizar la RCCP, actuando entorno a la ética del cuidado teniendo en cuenta que solo un paciente sea el beneficiado y sin desconocer que también puede fallecer.

El profesional de la salud debe tener claro que en la pandemia por la COVID-19 se evidencia escases de recursos tecnológicos, insumos, profesionales y medicamentos. A pesar de estas limitaciones, se debe reconocer que todo paciente con COVID-19 es vulnerable, por lo tanto, se tiene que entregar todos los recursos disponibles, aunque los resultados finales no garanticen la vida. Por ello, es importante aplicar el principio de vulnerabilidad de la ética del cuidado.

5.10. Miedo a seguir trabajando en la pandemia por COVID-19

Sin ninguna duda, otro asunto complejo que se presentó durante la pandemia en el 2020 que involucra el principio de autonomía de la profesión: hubo un dilema sobre continuar o retirarse del lugar de trabajo cuando se presentó el crecimiento de casos de COVID-19, problema que se acrecentó por la ausencia de EPP suficientes, la poca cantidad de vacunas disponibles, el número limitado de camas en UCI y la evidencia del alto riesgo laboral de contagio para el profesional de la salud en SU.

Cuando los PS continúan laborando y enfrentando la pandemia por la COVID-19 en SU, se observan cambios emocionales por la cuarentena, el aislamiento, el distanciamiento de familiares o amigos y agotamiento, ansiedad o depresión. Como dicen Monterrosa-Castro *et al*. (2020): "los problemas de salud mental, la afectación emocional o psíquica que experimentan puede ejercer efecto perjudicial en la capacidad para la toma de decisiones y del bienestar general". Así, las condiciones emocionalmente negativas pueden llevar a que algunos PS se retiren del trabajo.

Según Qureshi (2005), "los profesionales se presentan a trabajar al servicio de salud en mayor proporción en eventos como una tormenta de nieve o un desastre ambiental y en menor disposición a eventos que se perciben un riesgo propio, como en el brote de SARS". En la situación actual por la pandemia COVID-19, los profesionales tienen menor interés para ir a trabajar en la SU por el rápido crecimiento de contagios, el ingreso de pacientes muy enfermos y los limitados recursos de bioseguridad.

Este tipo de dilema es un asunto muy importante para el profesional de la salud pues, como afirma Esquivel-Guadarrama (2020), "el miedo al contagio propio o de familiares cercanos, o la necesidad de cuidar a miembros enfermos de su familia les pondrá en el dilema de acudir a su puesto de trabajo o permanecer en casa". A partir de esta tensión, el profesional de la salud se enfrenta a decidir si seguir trabajando por su vocación o si por autonomía tomar la decisión de retirarse.

Así mismo, González-Fisher *et al*. (2020) se refiere al tema en su artículo: "El personal de salud enfrentará un riesgo desproporcionado de exposición al COVID-19 en comparación con la población

general, temerán adquirir la enfermedad o transmitirla a sus familias, quizá consideren que no deben enfrentar el riesgo y evitarán presentarse a trabajar". En este sentido, el profesional de la salud en SU no es ajeno al dilema durante la pandemia y los picos que se presentan.

En relación con los PS en SU del hospital, por la autonomía de la profesión (96 %) determinan continuar trabajando y reconocen (54 %) que el dilema es notorio y sensiblemente bajo. El dilema "continuar o retirarse" del trabajo no genera mayor duda, pues la decisión de continuar se determinó por la ética de mínimos y máximos apoyada en la autonomía.

La autonomía de la profesión tiene mayor importancia e influencia cuando la decisión depende de factores económicos o jurídicos, independientemente de los conceptos marcados como positivos o negativos en relación con la vocación o el servicio, es decir que la escases o las limitaciones de recursos en SU no son suficientes para considerar el retiro del trabajo.

5.11. Conflictos por los ajustes a las nuevas terapias

Al inicio de la pandemia no se contó con un esquema de terapia definida, más aún cuando empezaron a aumentar los casos de pacientes positivos de COVID-19; en SU se presentó un conflicto en la administración del tratamiento, ya que se evidenció una mínima efectividad, por lo que fue necesario hacer ajustes farmacológicos. Teniendo en cuenta el principio de no maleficencia sobre un nuevo tratamiento, los PS dicen que existen conceptos tanto válidos como controversiales, por lo tanto, se generaron fricciones entre ellos.

En cuanto al conflicto de nuevas terapias, dice Esquivel-Guadarrama (2020): "en situaciones de pandemia ante un virus desconocido, se genera la incertidumbre del tratamiento médico y se puede caer en la tentación de iniciar manejos que aún no han sido debidamente probados". Sobre esto es claro advertir que las nuevas terapias y medicamentos pueden no contar con las fases completas de la investigación, por tanto, se evidencian reacciones adversas complejas y se observan mayores daños, es

decir, no es posible cumplir el principio de no maleficencia, aunque en ello se defienda o argumente la urgencia de administrar la nueva terapia.

También es necesario apoyarnos en el artículo de Joebges y Biller-Andorno (2020), quienes mencionan que “La inutilidad (futilidad) también es reconocida por todas las guías como una justificación para terminar el tratamiento incluso contra la voluntad del paciente” y complementan al decir que “No se aboga por un trato preferencial para subgrupos específicos”. Así pues, cuando un tratamiento no tiene efectos positivos lo correcto es retirarlo, considerando que no tiene sentido administrarlo, y aunque se identifica que no hay no maleficencia, esto no es razón suficiente para entregar nuevos tratamientos no probados éticamente en estados de urgencias.

Ahora bien, vale indicar que la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN) presentó el consenso para la atención, el diagnóstico y el manejo de la infección por COVID-19 con el objetivo de dar la orientación clínica en la atención de la salud. En este consenso se menciona la eficacia de diferentes fármacos y terapias complementarias: en primer momento, el uso de antivirales y corticoides, y se recomienda tanto la tromboprofilaxis con heparina, como el aporte de oxígeno con bajo flujo; en segundo momento, el uso de la ventilación mecánica en UCI; y en tercer momento, la terapia ECMO, que se recomienda en pacientes con hipoxemia grave que no respondieron al manejo convencional (Saavedra, 2020).

Por otro lado, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia público el documento *Tratamiento farmacológico de la infección COVID-19 en adultos*, el cual menciona la terapia farmacológica disponible en su momento, como los antirretrovirales o antivirales, el uso de glucocorticoides, la tromboprofilaxis, los medicamentos biológicos, los interferones y el plasma convaleciente. Además, en el texto se revisan 382 ensayos clínicos en curso que prueban tratamientos y se reconoce que son estudios observacionales de baja calidad que no permiten valorar la efectividad y seguridad en pacientes con COVID-19 (Vélez *et al*., 2020).

En la situación en que se identificó que una terapia no es efectiva y existe la posibilidad de administrar nuevas terapias al paciente con COVID-19, se presentó un conflicto entre diferentes PS sobre las nuevas terapias, teniendo en cuenta el principio de no maleficencia. Sin embargo, los PS aceptan las nuevas terapias (80 %), aunque determinan que siempre sea en la condición de no maleficencia (90 %).

5.12. Los problemas de las primeras pruebas de COVID-19

Una vez más se identifican tensiones bioéticas, pues al inicio de la pandemia COVID-19 que se realizaron las primeras pruebas (hisopado nasal para antígeno COVID-19) se detectó un problema relacionado con el tiempo en horas entre la toma de la muestra y el tiempo en días en la entrega del resultado, lo cual retrasa el inicio del tratamiento y el plan de terapia definitivo. Entonces, se analizó en SU cómo el profesional de la salud solucionó el problema de tiempo para tener el resultado más temprano, teniendo en cuenta el principio de beneficencia.

Algo muy práctico en SU en la atención del paciente con sospecha de COVID-19 fue la información de cuándo estuvo en contacto con personas o familiares positivos a COVID-19, al igual que los síntomas respiratorios y pruebas de laboratorios que muestran daño pulmonar asociado a COVID-19. En la publicación del comité de ética del Hospital Jinyintan en la revista *Lancet* (Chen *et al*., 2020), se indica que se debe obtener más información de los pacientes, como las características demográficas, clínicas, epidemiológicas y de laboratorio, lo cual ayuda incluso para hacer la predicción del riesgo de mortalidad por infección de COVID-19.

Sobre la pandemia y el diagnóstico confirmado por prueba de hisopado nasal para antígeno COVID-19, Joebges y Biller-Andorno (2020) determinan que ninguna directriz argumenta que “primero en llegar, es primero en ser atendido”, es decir que el pronóstico según los estándares actuales de la UCI se considera una condición muy indispensable para maximizar el beneficio. Según esta lógica, no se atiende

a quien llegue primero a la SU, sino a quien esté más enfermo, por lo cual merece una atención urgente y un traslado a UCI sin necesidad de esperar un resultado de la prueba hisopado nasal para antígeno COVID-19.

Otra manera de no retrasar el inicio del tratamiento y dar el plan de terapia definitivo lo definen Jaziri y Alnahdi (2020) así:

> […] la justicia en términos de lo que es justo para un individuo es lo que esa persona merece o lo que esa persona tiene derecho a esperar, […]. La existencia de estas situaciones crea la necesidad de estándares para garantizar que se brinde justicia a todos.

De esta manera, priorizar la atención, el tratamiento y el plan de terapia definitivo en posibles pacientes enfermos por COVID-19 es beneficioso y favorable, sin que sea necesario esperar el resultado de la prueba de hisopado nasal para antígeno COVID-19.

En la SU, el problema lo solucionaron los PS (88 %) cuando de manera administrativa gestionaron para obtener en un menor tiempo el resultado y cuando reconocieron el principio de beneficencia (92 %), destacándose que lo principal es iniciar la terapia antes de tener el resultado en pacientes con alta sospecha para COVID-19.

5.13. Angustia moral cuando no hay cama disponible en UCI

La pandemia por la COVID-19 trajo tantas experiencias bioéticas que logran explicar que cuando a un paciente no se le pudo trasladar a la unidad especial de respiratorios, tocó asistirlo directamente en la SU, lo cual agregó un alto riesgo de infectar a los PS de la SU. Entonces se observa si la angustia moral en el profesional de la salud en SU aumentó o disminuyó por la decisión que se tomó de atender al paciente en urgencias o de trasladarlo a otra unidad en el marco del principio de universalidad.

Las situaciones puntuales en que se afecta la normalidad de la función de la SU generan la presencia de angustia moral y la dificultad de no lograr ubicar en la unidad correspondiente al paciente. La Asociación de Directores de Programas de Bioética y la publicación de Matheny *et al*. (2020) en el artículo *"Ventilator triage policies during the COVID-19 pandemic at U.S. hospitals associated with members of the Association of Bioethics Program Directors"* hacen énfasis sobre las políticas de clasificar e indicar la asignación de ventiladores mediante el grupo de bioética para la toma de decisiones en los hospitales de Estados Unidos. Entonces, se debe atender este tipo de caso en SU con las medidas de EPP y esperar a su traslado.

Igualmente, el documento publicado por la Malaysian Bioethics Community *Bioethics and COVID-19: Guidance for clinicians* (Tan y Tan, 2020) prioriza determinar el pronóstico, especialmente para el acceso a la atención, la asignación de camas UCI y ventiladores, indicando que la asistencia sea para pacientes más jóvenes con enfermedad grave que para pacientes de edad avanzada para maximizar los beneficios. Esta publicación sería útil para disminuir la angustia moral, pero está en contravía al principio de universalidad, sobre todo cuando restaría atención para algunos pacientes de edad mayor con pronóstico favorable.

Lamentablemente, así como hay países ricos y pobres, también hay hospitales con mejores y malos recursos tecnológicos, por ello Barreiro (2021) menciona que "Antes de obligar a los médicos a decidir quién vive y quién muere, los hospitales y los gobiernos deben trabajar para disponer de sistemas de atención médica […] con los recursos necesarios y atenderlas de forma digna". Así, los gobiernos son los primeros responsables en atender la pandemia, lo cual puede reducir la angustia moral, sin embargo, los recursos son finitos y, en consecuencia, las tensiones estarán siempre latentes, llegando a presencia personas que logren ingresar a UCI.

En situaciones relacionadas a la pandemia, un buen recurso es la participación de la bioética, pues como González-Fisher *et al*. (2020) expresan: "Es recomendable nombrar un oficial de triaje o un equipo

que tome las decisiones sobre distribución, retiro y reubicación de equipos […], esto aportará objetividad, evitará conflictos morales y minimizará el sufrimiento de los médicos". En la actualidad, para esta pandemia y otras situaciones semejantes, es adecuado entregar las decisiones al grupo bioético, lo cual ayuda a disminuir la angustia moral y distribuir los recursos más objetivamente.

En general en los hospitales es frecuente tener escasos recursos tecnológicos e insumos y actualmente más por la pandemia COVID-19, lo cual lleva a la realidad de que nuestros PS presenten angustia moral (58 %) cuando el paciente recibe atención en SU, aunque logren reconocer el principio de universalidad (83 %) para que sea trasladado a UCI porque comprenden que el paciente recibe una mejor atención. Así, se destaca que hay identificación en la ética del cuidado, pues no se abandona al paciente y se espera hasta la ubicación en la UCI.

5.14. Escases de EPP y la bioseguridad para los procedimientos

Cada vez que llegan pacientes con COVID-19 al hospital, hay nuevas experiencias bioéticas: ocurre que en SU se requiere realizar un procedimiento de emergencia y por la condición aguda del paciente se necesitan de inmediato los EPP completos, pero estos no están disponibles para que los profesionales puedan realizar el procedimiento. Ante la extrema situación crítica del paciente y la emergencia del procedimiento se consultó qué decisión final tomó el profesional de la salud.

Respecto a la emergencia de realizar los procedimientos en SU sin tener EPP completos, recientemente el Departamento de Cirugía Ortopédica de la Johns Hopkins University, en el documento "A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic" (Dunham *et al*., 2020), deja claro que las instituciones que no cumplan el deber de proporcionar EPP completos aumentan las tensiones y los dilemas morales en la asistencia médica. El artículo es muy acertado pues contar con los EPP completos disminuye las tensiones y aporta seguridad a los PS.

Por lo anterior, es favorable tomar el concepto de Jöbges *et al*. (2020), quienes han expresado que "los PS de primera línea, que se exponen a un riesgo superior al promedio, […] tienen en sí, la necesidad de mejorar la protección contra las infecciones, pues considerando que no es bueno que ellos queden con secuelas de daños físicos y psicológicos": sin duda, a mejor seguridad menor crisis, es decir, mejor EPP es menor infección.

En complemento a lo anterior, González-Fisher *et al*. (2020) señalan: "Las personas que desempeñan actividades esenciales para salvar vidas durante la pandemia, […] puede considerarse una manera de reciprocidad el hecho de que estos servidores también se ponen en riesgo para ayudar a otros". En muchas ocasiones salvar una vida es exponer la vida propia, como sucede con los PS de SU que atienden a personas con COVID-19.

En relación con nuestra experiencia en SU y los PS del hospital, se determinó que ellos reconocen la falencia del principio de seguridad (83 %) por lo cual solicitan los EPP completos para cada procedimiento, así, no presentan la crisis (79 %) pues no realizan el procedimiento de emergencias. Entonces, es necesario resaltar la ética del cuidado con el principio de seguridad para el profesional de la salud en todo momento de la atención a personas con COVID-19.

5.15. Vulnerabilidad del paciente adulto mayor con COVID-19

Entre las diferentes experiencias que tiene la pandemia COVID-19, también sucede que en SU se encuentra el paciente con diagnóstico de COVID-19 positivo, por lo que es necesario realizarle una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, pero hacer el examen genera un alto riesgo de lesionar el riñón del paciente adulto mayor con alto criterio de vulnerabilidad. En ese momento cuando se plantea la necesidad de hacer el diagnóstico del pulmón y se contempla el consecuente posible daño del riñón en la vulnerabilidad del paciente, el profesional de la salud debió tomar la mejor decisión: proteger al riñón. Como afirman Burdiles y Ortiz (2021), "longevidad se debe complementar con el

concepto de calidad de vida, […] al aumentar la esperanza de vida, también se ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, con su carga de discapacidades". Lo anterior trae a colación el hecho de que un adulto mayor que tiene COVID-19, además de su lesión pulmonar aguda, también tiene otras enfermedades que ponen en mayor riesgo su vida o incluso pueden empeorar la enfermedad crónica o morir.

En el contexto nacional actual, sobre el adulto mayor, Pugh *et al*. (2021) afirman que "las desigualdades socioeconómicas subyacentes pueden influir plausiblemente en las diferencias en las tasas de supervivencia regionales […]. En cualquier caso, puede ser doblemente injusto privar de ventilación a quienes ya padecen desventajas estructurales". Por lo general en Colombia se estigmatiza al adulto mayor, mucho más cuando es de bajos recursos económicos y muy enfermo, por eso se identifica una mayor vulnerabilidad.

En Colombia, para el desarrollo de nuevas políticas del Minsalud por medio de la oficina de Dirección de Promoción y Prevención, se elaboró el documento "Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad", en el cual se promueve la reflexión sobre "las decisiones a tomar […] en la redistribución de los recursos de forma justa prestando la atención" (Minsalud, 2020a). Sobre este particular asunto, se desea una atención con justicia y protectora para todas las poblaciones, es una amplia política en pro de cuidar a los vulnerables.

En la experiencia en el hospital, los PS en SU identifican la tensión dilema (71 %), por lo cual deciden proteger el riñón y diferir el examen de TAC de tórax, y reconocen el principio de vulnerabilidad (67 %). Por lo anterior, se evidencia la preocupación de la salud del paciente por el alto nivel de la vulnerabilidad de algunos PS, como también es claro lo importante de la ética del cuidado.

6. Conclusiones

Esta investigación fue realizada sobre las tensiones bioéticas que se evaluaron en la SU del Hospital Universitario de Neiva con un grupo de diferentes PS idóneos. Se puede decir por sus diferentes respuestas que hay una heterogeneidad en relación con las soluciones de las TB que se presentaron durante la pandemia COVID-19 del 2020; además, se identificó un buen nivel "favorable o satisfactorio ético" para las tensiones denominadas: *crisis*, *conflicto*, *dilema* y *problema*, según las respuestas que muestran un mejor manejo en el momento en que se presentó la situación de la atención en las personas sospechosas o confirmadas de COVID-19. A su vez, se identificó que la angustia moral es la tensión que presentó o visibilizó el nivel "desfavorable o insatisfactorio ético". Por ello, en un segundo momento se puede concluir que es necesario que se logre aumentar el grado de sensibilidad para identificar y solucionar la tensión de angustia moral durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19.

En relación con esa primera conclusión, esta tesis expone la necesidad de establecer estrategias de intención para mejorar las competencias bioéticas que orienten a las soluciones de las tensiones bioéticas desde la ética del cuidado y de mínimos y máximos por medio de un documento escrito que permita priorizar y unificar los conceptos, y la aplicación a los PS para homogenizar la solución. Así mismo, se resalta la utilidad de realizar procesos formativos mediante cursos, seminarios, talleres y análisis de casos en relación con la bioética con enfoque de solución de tensiones y la aplicación de los diferentes principios y éticas sanitarias. De esta manera, se espera generar un crecimiento académico y desarrollo del rol profesional, lo cual facilita comprender y aceptar la voluntad del paciente y la familia.

La investigación sobre las TB en SU ha permitido mostrar cuál fue la capacidad de los PS en dar las soluciones en cada experiencia vivida durante la pandemia COVID-19. En los siguientes párrafos se entregan las conclusiones específicas de cada una de las tensiones tratadas: *crisis*, *conflicto*, *dilema*, *problema* y *angustia moral*, en la manera que el grupo de PS se encontraron expuestos.

Crisis

En cuanto al principio de *beneficencia* en la ética de máximos y mínimos, en la pregunta 3 se concluye que los PS evidenciaron que las condiciones presentadas en SU fueron adversas para el buen funcionamiento del trabajo en equipo. Sin embargo, los PS actuaron en beneficio del paciente. En cuanto a los principios de *seguridad* y *universalidad* de la ética del cuidado, en las preguntas 7 y 14 se concluye que primero son el autocuidado y la bioseguridad para los PS para luego sí actuar al servicio de los pacientes. Se demuestra que el grupo de PS sí identifican y sí solucionan la TB crisis "favorable o satisfactorio ético" y que lograron un porcentaje promedio del 75 % durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19 en SU.

Conflicto

Las preguntas 1, 9 y 11 apuntan a la resolución del conflicto. En los tres escenarios lo que se identificó es que los PS vivieron en el ámbito de la incertidumbre que hubo y en la escases de recursos, y tomaron decisiones que buscaban no hacer daño, que se manifestaron como hallar alternativas para lograr el acceso a recursos de apoyo diagnóstico mediante las estrategias

logísticas. Además, se actualizaban con la información que iba saliendo en el mundo, revisaban las conductas médicas y hacían seguimiento a los resultados usando criterios intuitivos en un primer momento para la distribución de los escasos recursos tecnológicos o insumos ante los múltiples pacientes que los necesitaban.

En esta TB se logró identificar el principio de *no maleficencia* en la ética de máximos y mínimos en las preguntas 1 y 11, lo cual favorece en general a los pacientes (mínimos). Se concluye que los PS sí evidenciaron que se requieren exámenes oportunos y pertinentes, al igual que nuevos tratamientos para ofrecer la mejor atención en SU. En relación con el principio de *vulnerabilidad* de la ética del cuidado, en la pregunta 9 se concluye que ante situaciones agudas y estresantes los PS decidieron priorizar al paciente que da mejor respuesta en el tratamiento. Se determina que el grupo de PS que sí identifican y sí solucionan la TB conflicto "favorable o satisfactorio ético" logró un porcentaje promedio del 66 % durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19 en SU.

Dicho así, retrospectivamente debemos aprender de la pandemia COVID-19 en SU ante la TB conflicto que sí es fundamental la formación en la lectura crítica de la evidencia científica (desde luego, la que tenga mayor peso académico). Hay que trabajar en todas las competencias de seguimiento clínico en la atención, dejando registros que sean posteriormente revisados para saber qué demuestra una mayor efectividad (experticia en epidemiología). Así mismo, es necesario contar con protocolos de orden y distribución de los recursos, más cuando estos son escasos, puesto que esto le conviene a las distintas variables útiles para la toma de decisiones y para discriminar sobre las distintas variables que intervienen.

Los conflictos que se presentaron en los PS se lograron resolver porque pensaban en no hacer daño al paciente. Esto también llevó a los PS a pensar que se deben reforzar las competencias de trabajo interprofesional y la comunicación, y desarrollar la teoría en la resolución de conflictos.

Dilema

En cuanto a los PS que enfrentan situaciones vinculadas por lo general a la autonomía del ejercicio o a la experiencia de la profesión, deciden individualmente durante la jornada de trabajo en relación con la TB tipo dilema. En la pregunta 4, en la que se aplica el principio de *autonomía,* se concluye en la decisión de favorecer al paciente porque le mantuvo o le continuó el tratamiento, pues en tiempo de crisis hay que adecuar terapias, porque si la que se está colocando no sirve, hay que hacer uso de cuidados paliativos, incluso en la escasez de insumos que luego iban a ser necesarios. Sobre la pregunta 15, en relación con el principio de *vulnerabilidad*, se concluye que la decisión tomada por el PS tuvo una buena intención dirigida al cuidado y la salud de sus pacientes en condiciones de proteger el mayor número de órganos o causar la menor lesión posible.

Podemos considerar que en la pregunta 4 y 15, cuando existe la presión de la familia para continuar con la terapia que no tiene ningún resultado y que además genera un desperdicio de recursos, es indispensable un experto externo que sirva de resonador, quien puede ser un profesional bioético o el comité de bioética, que ayude a limitar el esfuerzo terapéutico y el cuidado paliativo.

Para la pregunta 10, en la que se aplicó el principio de *autonomía,* se concluye en la decisión de continuar trabajando. Aunque existieron situaciones que dejaron alguna inquietud en dicha decisión, en especial al no tener otra fuente de ingresos, se evidenciaron otras motivaciones que se resuelven desde el profesionalismo o "el altruismo", probándose que independiente de la profesión que se ejerza hay una adecuada actitud que es de cuidado, en especial lo que significa desde la formación profesional que se recibe en la ética del cuidado, como es la protección del más vulnerable. En estas situaciones asistenciales se logró identificar y solucionar en la jornada de trabajo la TB tipo dilema ("favorable o satisfactorio ético"), logrando un porcentaje promedio del 65 % durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19.

Se puede decir que cuando los PS tienen la mejor formación en conceptos bioéticos en términos de los cuidados paliativos y de muerte digna, pueden ofrecer una mejor alternativa posible para el paciente crítico. Por esta razón, existe la necesidad de reforzar los procesos formativos en competencias a través de la construcción de protocolos como derecho de morir dignamente, cuidados paliativos y limitación de esfuerzo terapéutico.

Retrospectivamente sabemos que en muchas ocasiones nos obstinamos y la mayoría de los pacientes murió porque no se contaba con una terapia útil, situación en la que se reconoce el valor de los cuidados paliativos y la limitación del esfuerzo terapéutico. Aquí fue donde la función del comité de ética y bioética era importante, porque el PS estaba tan involucrado que no podía determinar en qué momento era ideal parar continuar un manejo clínico o para iniciar los cuidados paliativos. Así, se evidencia la importancia de los comités de ética y bioética hospitalaria, entendiendo que son espacios de resonancia moral, pues cuando los PS tienen

dificultades para indicar la limitación del esfuerzo terapéutico para iniciar cuidados paliativos en la mirada de la “justicia sanitaria” donde se agotan tecnologías y medicamentos, la aplicación de un bioéticista nos da a conocer en donde son útiles o fútiles los recursos o cuando es muy favorable si alguien va a mejorar.

Problema

Se demostró que, ante las situaciones problemáticas que se presentaron en la SU, los PS sí lograron solucionar mediante el apoyo y la gestión de otros PS, lo que incluye aquellas decisiones tomadas durante el turno por los PS que se orientaron al mejor cuidado de la salud de los pacientes. Sin embargo, se reconoció que hubo dificultades por los recursos tecnológicos limitados o la escases de insumos para una buena y adecuada atención del paciente.

En cuanto al principio de *justicia* en la ética de máximos y mínimos, en la pregunta 2 se concluye que la decisión de continuar el tratamiento o la terapia en SU cuando no hay cama disponible en UCI evidencia una característica de igualdad y equidad en SU. En esta situación la solución de problemas es a través de procesos en los que se elimina el conflicto de interés acerca de cuál aseguradora tiene una posición dominante y se requiere de la intervención de un tercero que maneje las condiciones de referencia y contrarreferencia. Esto nos hace pensar que no puede haber aseguramientos de primera, segunda o tercera categoría, es decir, que el sistema de seguro que deberíamos tener todos los colombianos debe ser igualitario, lo cual nos hace repensar en nuestro sistema de aseguramiento, pues la red de servicio fue débil en la cobertura del derecho a la salud en Colombia.

Sobre el principio de *beneficencia* en la ética de máximos y mínimos, en la pregunta 12, la situación concluye dos acciones: en unos casos gestionar el resultado más temprano de la prueba COVID-19 o en otros iniciar el tratamiento lo más pronto posible, pues todo beneficio para el paciente redunda en los buenos resultados de la terapia. Por lo tanto, el profesional tiene menor tensión, pero también debe haber instancias articuladoras que sean capaces de establecer acciones o prioridades en donde están los expertos para ser llamados en el acompañamiento de las decisiones. De otra manera, cuando el PS tiene la actitud de no esperar el resultado y decide actuar u obrar en el mejor interés del paciente es propio del análisis bioético, conecta con la empatía, el juicio racional y conlleva a la acción éticamente factible y jurídicamente sustentable, en cuanto al pensamiento bioético. Es importante mostrar que las competencias bioéticas implican también creatividad: el buen bioéticista no ve un dilema, ve un problema, visualizando posibles salidas para obrar en el mejor interés del paciente.

En relación con el principio de *universalidad* de la ética del cuidado, en la pregunta 6, se concluye que presentó inconformidad y malestar porque el programa de vacunación no se cumplió como lo determinaba el Plan Nacional de Vacunación, pues la mayoría de los PS de SU fueron diferidos o aplazados en el grupo de priorización, de manera que no se atendió el principio de universalidad. Aquí es importante resaltar que, si sirven los criterios de priorización del Estado y del hospital, según los cuales intuitivamente se reconozcan vacunas para los que estén más expuestos, debe existir un acuerdo de mínimos y de respeto, lo cual funciona en la resolución de problemas en un acuerdo social frente al interés personal. Entonces esto significa que no solo debemos readecuar un acuerdo de mínimos sociales para todos, sino que este se debe respetar.

Entonces en las preguntas 2, 6 y 12, se demostró que el grupo de PS identificó y reconoció las dificultades en SU en los pacientes en la jornada de trabajo, y solucionó la TB tipo problema ("favorable o satisfactorio ético") logrando un porcentaje promedio del 64 % durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19.

Angustia moral

Los PS en SU insistieron o ejecutaron acciones sanitarias con más interés para que el paciente recibiera la atención clínica y que lograra la recuperación de la salud y su bienestar. En relación con el principio de *solidaridad* de la ética del cuidado, en la pregunta 5, se concluye que la angustia moral persistió porque no hubo el apoyo suficiente de otros profesionales. Se consideró que la negación del paciente para el procedimiento se manifiesta mediante el respeto a su autonomía del paciente, entonces los PS de SU no insistieron con mayor intensidad. Así, se evidenció baja solidaridad en el grupo de profesionales.

Las competencias que se deben trabajar con los PS son sobre cómo avanzar en el fracaso, ya que la angustia moral es la imposibilidad de no poder hacer algo porque no depende de mí, hay cosas que se escapan de las manos, y es necesario comprender que uno no es la causa, que uno no es la solución y hay que aceptarla. A los PS no nos forman para el fracaso. Hay que pensar en qué secuelas dejó todo lo que los PS vieron y no pudieron resolver para poderlos ayudar en esta fase pospandemia.

Sobre el principio de *responsabilidad* de la ética del cuidado, en la pregunta 8, los PS determinaron ingresar al paciente con diagnóstico de COVID-19 e iniciar el tratamiento lo más pronto posible; en especial cuando el paciente no cuenta con red de apoyo, el profesional

consiente la responsabilidad del cuidado. La pandemia reveló otras formas de vulnerabilidades que no son cubiertas/resueltas por la sociedad y el Estado, como en otros países que se asigna una persona o lugar donde se pueden adaptar y brindar los cuidados que se requiera, lo cual hizo más vulnerables a los vulnerables. La que se vive es una angustia moral producto de la sociedad en la que vivimos por cómo está organizada y el sistema de salud. Nos lleva a repensar, a cuidar los más vulnerables y, como no hay redes de apoyo, llevaba a los PS a hacerse responsables.

Con el principio de *universalidad* de la ética del cuidado, en la pregunta 13, se concluye que los PS dieron el tratamiento al paciente con diagnóstico de COVID-19 en SU hasta lograr la ubicación en UCI. El sentido común del PS fue garantizar una terapia o tratamiento porque, según el principio universal, todos reciben en lo posible igual tratamiento. En el trabajo en un equipo interdisciplinar, nos ponemos de acuerdo en qué podemos hacer por el paciente, lo factible desde la visión de su profesión, y al tomar la decisión en equipo se diluye la angustia. Por ello, hay que fomentar el trabajo en equipo interprofesional para el manejo de circunstancias que generen angustias morales.

Se concluye en las preguntas 5, 8 y 13 que la TB de angustia moral en los PS se solucionó en cada caso clínico reconociendo las diferentes dificultades en cada principio. Sin embargo, en las situaciones vividas las soluciones dependieron de otros factores para resolverse y no propiamente de los PS. El resultado fue “favorable o satisfactorio ético” y se logró un porcentaje promedio del 60 % durante la atención del paciente con sospecha o confirmación de la enfermedad COVID-19.

Una manera de manejar la angustia moral es conocer el marco en el que podemos ejercer la autonomía legal, un marco ético y un marco jurídico: el segundo te dice que cuando una persona mayor de edad competente en el uso de sus facultades mentales firma un consentimiento de desistimiento cualificado, el profesional tiene que entender que dentro de esas reglas de juego se tiene que actuar en el ámbito de su autonomía. Hay un valor mayor que es la libertad por encima de la vida, esto implica una formación bioética y en bioderecho, porque el PS sabe cuál es su deber, al igual que las consecuencias de no cumplir el deber, y en caso de que se imponga la intubación sabe que asume responsabilidad ética y jurídica. Por eso, el PS debe ser muy consciente de las limitantes de la autonomía profesional que se encuentra dispuesta en la Ley Estatutaria de Salud Ética y Jurídica de la racionalidad 1754 de 2015 (art. 17), la cual dice que la autonomía médica tiene como límites la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. La angustia moral también se produce porque el PS no está seguro si lo que está realizando está bien o mal. A veces la angustia moral se resuelve en la conciencia. Cuando el individuo considera que debe hacer algo, lo hace y asume las consecuencias del incumplimiento del deber jurídico, es una forma de autonomía como individuo y obró en conciencia para resolver esta angustia moral.

En esta parte del documento, en la investigación sobre las TB en SU presentaré las conclusiones generales sobre las tensiones en el marco de la atención sanitaria en la pandemia COVID-19 en el 2020, mostrando cómo el grupo de PS lo afrontó.

Es necesario mencionar que SU es un servicio dinámico, fluctuante y permanentemente tensionante, lo cual se debe a la situación particular de la enfermedad de cada paciente, a la intervención del núcleo familiar y a cada condición sociocultural que tienen el paciente y la

familia, factores completamente diferentes para lograr enfrentar una tensión. En la interacción de cada profesional de la salud con el paciente y su familia es frecuente que siempre estén presentes diferentes tensiones en el acto clínico, teniendo en cuenta que en cada turno participa un grupo de PS idóneo y heterogéneo (profesión, rol, funciones, experiencia, jerarquía), por lo tanto, cada tensión puede ser valorada por cada profesional de una manera diferente.

Así mismo, al buscar la solución de una tensión bioética, es importante tener claro que no hay una única manera de analizar, pues depende del principio que interviene y la ética que se aplica. En este sentido, cada profesional de la salud puede considerar una solución de la tensión sin que se considere que se equivocó o cometió una falla bioética, ya que hay factores que intervienen en las decisiones durante la atención de la persona enferma de COVID-19; algunos de los factores que pueden intervenir son la profesión, la edad, las funciones, el ambiente sociocultural, la incertidumbre, los años de experiencia en el servicio de urgencia, los cuales en concepto particular no son determinantes a la hora de identificar y participar en la solución de una tensión bioética.

Las TB siempre están presentes en SU, sin embargo, cada pandemia es diferente y por lo tanto tiene manifestaciones o reacciones que determinan un acto ético en relación con la cultura, el sistema sanitario, la tecnología disponible y el recurso económico en cada Institución de salud. No se puede asegurar que estamos preparados para soportar una nueva pandemia y que lo aprendido ante COVID-19 fue lo necesario, pues tampoco indica que se logró un resultado positivo; la realidad es generar un compromiso bioético de identificar la tensión y

solucionar con el principio, lo cual resulte en un equilibro digno para el paciente, su familia, el PS, el hospital y la sociedad.

Por el inicio de la pandemia COVID-19, los PS vivieron experiencias de muchas tensiones bioéticas en relación con la atención clínica, donde se permitió identificar la ética del cuidado y la de mínimos y máximos, en especial con los principios de responsabilidad, vulnerabilidad y seguridad. Se encontró un sentimiento general de los PS con el autocuidado, ya que es necesario que los PS en SU siempre estén en primera línea de la atención y, por tanto, son los primeros que deben protegerse con los EPP adecuados para no infectarse de continuar ejerciendo su labor y no aislarse. La misión de la atención no se debe orientar solo al concepto de altruismo puro, pues en esta situación es entendible cuando es evidente la escases de PS y cuando está el riesgo de enfermar o morir al adquirir la infección COVID-19.

Las experiencias vividas alrededor de las tensiones bioéticas, en especial las presentadas en la tensión conflicto, demostraron que los PS lograron resolver los conflictos a través de obtener un buen resultado como el consenso; esto garantizó la tranquilidad del grupo y mostró un mínimo riesgo del fracaso en la solución de la tensión. Así pues, también se evidenció que en el principio de no maleficencia (no causar daño) se consideró que el actuar del PS se orientó hacia la decisión de realizar los exámenes y tratamientos indicados. Por lo anterior, se identificó que los PS reconocen los conflictos en SU y que se obtiene la mejor solución en la medida en que se efectúa el rol y la jerarquía del PS, pues esto permite favorecer la atención y que se pueda continuar con tratamiento y exámenes que el paciente requiere.

En el tiempo de la pandemia COVID-19, en el que no se conocía lo suficiente y no se contaba con vacunas, en el que lo único que lograba proteger a los PS en SU eran los EPP,

muchas tensiones bioéticas se identificaron de manera constante y frecuente. Por tanto, era lógico entender que no se disponía de manera oportuna y directa de un profesional en bioética. También fue en durante la pandemia de COVID-19 cuando hubo un gran número de situaciones morales y éticas en la relación PS y paciente, y se observó la ausencia y la participación del profesional bioético. Por lo anterior, se considera necesario poder contar con un profesional bioético en SU para que su intervención facilite y mejore las actividades sanitarias de la atención en PS, lo cual a su vez mejora la relación con el paciente, ayuda a obtener mejores resultados clínicos, a lograr acciones morales positivas y, desde luego, un menor conflicto legal.

Antes de presentarse la pandemia por la COVID-19, el HUN ya contaba con el Comité de Ética Hospitalaria (CEH) con orientación a la deontología y con el Comité de Ética, Bioética e Investigación (CEBI) con énfasis en docencia y orientado a la investigación; aquí es importante mencionar que cuando se presentaron los primeros casos de COVID-19 se formó el Comité de Crisis (CC) basado en la Resolución 0398 de abril del 2020, orientado a solucionar las dificultades reales de infraestructura, tecnología y talento humano. Sin embargo, esta pandemia demostró que se presentaron muchas situaciones de diferentes interacciones morales entorno al PS y al paciente. Por esta razón, es importante reconocer la participación del profesional en bioética, pero es más importante que exista una articulación con los comités afines (participación directa de la bioética) para seguir afrontando esta pandemia COVID-19 y posiblemente nuevas epidemias que se presenten, pues así se logra una atención con enfoque bioético y menos dificultades morales.

Actualmente los PS en SU que laboran en pospandemia de la COVID-19 ya tienen experiencias positivas y negativas en relación con la moral y la ética, teniendo en cuenta la

atención que dieron a los pacientes con COVID-19. Hoy los PS llevan cargas emocionales que es necesario evaluar y analizar mediante psicología, sociología o apoyo espiritual. Después de veinticuatro meses de afrontar la pandemia por COVID-19 en la primera línea de atención en SU, es útil conocer la condición psicosocial, espiritual y salud mental del PS, en especial para los profesionales de la salud en enfermería, quienes mostraron un mayor compromiso en la ética del cuidado, y para los profesionales de la salud en medicina, quienes tienen una mayor acción en la ética de mínimos y máximos. Sin embargo, la evaluación debe ser aplicada para 122 PS que continúan en SU, ya que todos estuvieron comprometidos en la función y el cargo de la profesión realizada.

7. Referencias

American Dental Association (ADA). (2020). *Extending the use of N95 masks*. https://www.aaosh.org/hubfs/Resources/ADA_Extending_Use_Of_N95_Masks.pdf?hsLang=en

Ara Callizo, J. R. (s. f.). Principio de no maleficiencia. *Enciclopedia de bioderecho y bioética*. https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/231

Atmoko Putri, Z. y Rabbani, N. (2020). *The ethics of decision-making in situations of medical emergency*. https://www.researchgate.net/profile/Zahra-Atmoko-Putri/publication/341370758_The_Ethics_of_Decision-making_in_Situations_of_Medical_Emergency/links/5ebcf59892851c11a8678b4b/The-Ethics-of-Decision-making-in-Situations-of-Medical-Emergency.pdf?origin=publication_detail

Barreiro Vázquez, A. R. (2021). La ética ante las crisis sanitarias a propósito de la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *50*(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000100029

Bautista Espinel, G. O. (2017). Tensiones bioéticas y principios aplicables en misión médica: ¿existen, límites al cumplimiento del deber? *Revista Latinoamericana de Bioética*, *18*(34-1), 136-154. https://doi.org/10.18359/rlbi.2987

Bergel, P. y Vera, G. (2014). *Amparo por el barrio Papa Francisco*. https://laalameda.wordpress.com/2014/08/27/amparo-por-el-barrio-papa-francisco/

Busquets Alibés, E. (2008, marzo). *Autonomía y beneficiencia. Dos principios en tensión*. Docplayer. https://docplayer.es/94441608-1-el-principio-de-autonomia.html

Burdiles, P. y Ortiz Pommier, A. (2021). El triaje en pandemia: fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *32*(1), 61-74. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.004

Cabrera Ceja, H. y Lucio G., B. E. (2020, febrero). *Evidencia de aprendizaje. Ética de la cotidianidad.* https://www.coursehero.com/file/91299938/ESA-U1-EA-BELGdocx/

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., Yu, T., Zhang, X. y Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *The Lancet*, *395*(10223), 507-513. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7

Colmenarejo, R. (2016). Enfoque de capacidades y sostenibilidad. Aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. *Ideas y Valores*, *65*(160), 121-149. https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v65n160.43084

Comisión Interamericana de Derechos Humanos y Organización de los Estados Americanos (OEA). (2020). *Pandemia y derechos humanos en las Américas. Resolución 1/2020*. https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) México. (2018). *Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos* (2ª ed.). file:///D:/Downloads/34-Principios-universalidad.pdf

Concepto de vulnerabilidad. (2013, 11 de octubre). *Seguridad informatica*. https://dockersei.blogspot.com/2013/10/vulnerabilidaddefinicion-y.html

Consejo de Salubridad General. (2020). *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf

Cook, T. M. (2020). Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – A narrative review. *Anaesthesia*, *75*(7), 920-927. https://doi.org/10.1111/anae.15071

De la Cruz-Vargas, J. A. (2020). Protegiendo al personal de la salud en la pandemia Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, *20*(2), 7-9. https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2913

Decreto 466 del 2021 (8 de mayo), por el cual se modifica el Artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por el Decreto 0404 de 2021 y se dictan otras disposiciones.

Dunham, A. M., Rieder, T. N. y Humbyrd, C. J. (2020). A bioethical perspective for navigating moral dilemmas amidst the COVID-19 pandemic. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, *28*(11), 471-476. https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00371

Duque, M. P. (2013). El concepto de solidaridad. *Revista de Estudios Sociales*, *46*, 192-194. https://doi.org/10.7440/res46.2013.19

Esquivel-Guadarrama, J. A. (2020). Pandemia 2020. Algunas consideraciones éticas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, *43*(2), 94-98. https://doi.org/10.35366/92878

Fábregas Troche, S. M., Lugo Colón, M. C., León Correa, F. J. y Lugo Colón, R. G. (Coords.). (2012, noviembre). *Inequidades en la prestación de servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe*. FELAIBE. vdocuments.mx. https://vdocuments.mx/simposio-inequidades-salud.html

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *30*, 7-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Fuquen Alvarado, M. E. (2003). Los conflictos y las formas alternativas de resolución. *Tabula Rasa*, (1), 265-278.

García, L. R., Jones, A. E., Anderson, T. N., Fisher, C. L., Seeley, K. M. L., Beeson, E. A., Zane, H. K., Peterson, J. W. y Sullivan, P. D. (2020). Facial protection for healthcare workers during pandemics: A scoping review. *BMJ Global Health*, *5*(5), e002553. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002553

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*, *15*(1). https://doi.org/10.18270/rcb.v15i1.3079

Gilligan, C. (2013). *Ética del cuidado*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Ccuaderno30.pdf

Gonzales Gamez, M. A. (2009). *Los principios de la doctrina social de la iglesia y la pastoral de la salud.* https://www.slideshare.net/PastoralSalud/3-los-principios-dsi-y-la-ps-guadalajara-2009

González-Fisher, X., Rissman, S. y González-Fisher, R. F. (2020). Asuntos bioéticos relacionados con la planeación y respuesta ante la pandemia de COVID-19. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, *65*(4), 288-300. https://doi.org/10.35366/97467

Feito Grande, L. (2011). Fundamentos de bioética, de Diego Gracia. *Bioètica & Debat*, *17*(64), 8-11.

Hernández, S. R., Uribe, J. S., López, E. I. Z., Nieto, O. R. P., Uribe, A. F. F., Gutiérrez, M. A. G., Fermín, J. L., Uribe, S. E., Orozco, R. S., Villaseñor, L. A. M., Ramírez, R. F., David, J., Aldama, J. C. G., Diaz, J. S. S., Tomas, E. D., Madrigal, D., Pérez, F. J. L., Moya, J. D. C., Gutiérrez, G. C., … Díaz, M. A. (2020). *Protocolo de atención para COVID-19 (SARS-CoV-2) de la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias*. https://www.flasog.org/static/COVID-19/GuiaCOVID19SMME.pdf

Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva. (2020a). *Portafolio de servicios*. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/PORTAFOLIO-URGENCIAS.pdf

Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva. (2020b). *NotiHospital-HUHMP*. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/09/NOTIHOSPITAL-condensado.pdf

Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva. (2020, 1º de abril). Comunicación informativa No. 005. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/COMUNICACION-INFORMACTIVA-005-PREVENCION-ENFERMEDADES-EN-EL-USO-ADECUADO-EPP_0001.pdf

Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva. (2020, 8 de abril). Comunicación informativa No. 007. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/COMUNICACION-INFORMATIVA-007-USO-DE-TAPABOCAS-CONVENCIONALES-EN-LAS-AREAS-ADMINISTRATIVAS_0001.pdf

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). (s. f.). *¿Qué es seguridad humana?* https://www.iidh.ed.cr/multic/default_12.aspx?contenidoid=8c1a302f-f00e-4f67-b3e6-8a3979cf15cd&Portal=IIDHSeguridad

Jaziri, R. y Alnahdi, S. (2020). Choosing which COVID-19 patient to save? The ethical triage and rationing dilemma. *Ethics, Medicine and Public Health*, *15*, 100570. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100570

Jöbges, S., Vinay, R., Luyckx, V. A. y Biller-Andorno, N. (2020). Recommendations on COVID-19 triage: International comparison and ethical analysis. *Bioethics*, *34*(9), 948-959. https://doi.org/10.1111/bioe.12805

Joebges, S. y Biller-Andorno, N. (2020). Ethics guidelines on COVID-19 triage—An emerging international consensus. *Critical Care*, *24*. https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1

Karakachian, A. y Colbert, A. (2018). Angustia moral: un caso práctico. *Nursing (Ed. española)*, *35*(3), 7-9. https://doi.org/10.1016/j.nursi.2018.05.002

Ley 1581 del 2012 (17 de octubre), por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. *Diario Oficial* 48.587.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., … Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*, *382*(13), 1199-1207. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316

López, P. L. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, *9*(8), 69-74.

Macías Llanes, E. M. (2001). Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud. *Revista Humanidades Médicas*, *1*(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202001000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Makoo. (2010, 7 de marzo). Ética de mínimos y máximos según Adela Cortina en relación a un mundo de valores. *Makoo*. https://makoo.blogia.com/2010/030701-etica-de-minimos-y-maximos-segun-adela-cortina-en-relacion-a-un-mundo-de-valores.php

Marín Vásquez, S. F. (s. f.). *Glosario Violencia*. Scribd. https://es.scribd.com/document/434012645/GLOSARIO-VIOLENCIA

Matheny Antommaria, A. H., Gibb, T. S., McGuire, A. L., Wolpe, P. R., Wynia, M. K., Applewhite, M. K., Caplan, A., Diekema, D. S., Hester, D. M., Lehmann, L. S., McLeod-Sordjan, R., Schiff, T., Tabor, H. K., Wieten, S. E. y Eberl, J. T. (2020). Ventilator triage policies during the COVID-19 pandemic at U.S. hospitals associated with members of the Association of Bioethics Program Directors. *Annals of Internal Medicine*, M20-1738. https://doi.org/10.7326/M20-1738

McGrath, P. y Phillips, E. (2009). Ethical decision-making in an emergency department: Findings on nursing advocacy. *Monash Bioethics Review*, *28*(2), 16.1-16.16.

Meneses, J. y Rodríguez, D. (2011). *El cuestionario y la entrevista*. Universitat Oberta de Catalunya. https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario-entrevista/

Michalowski, S., Han-Pile, B., Carniato, B., Serodio Mendes, F. y Martin, W. (2020). *Triage in the COVID-19 pandemic: Bioethical and human rights considerations*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34046.74567

Ministerio de Sanidad España. (2020a). *Protocolo de manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria*. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf

Ministerio de Sanidad España. (2020b). *Documento técnico. Manejo en urgencias del COVID-19*. https://www.sanidad.gob.es/eu//profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf

Ministerio Ecuador. (2020). *Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes COVID-19*. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf

Ministerio de Justicia (MinJusticia). (2020). *Normativa para la atención de la emergencia del COVID-19*. https://www.suin-juriscol.gov.co/legislacion/covid.html

Ministerio de Salud (Minsalud). (2020a). *Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19*. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf

Ministerio de Salud (Minsalud). (2020b). *Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-tecnicos-operativos-covid19-anexos.pdf

Ministerio de Salud (Minsalud). (2021). *Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-tecnicos-operativos-covid19-anexos.pdf

Ministerio de Salud (Minsalud) y Instituto Nacional de Salud (INS). (2020). *Circular externa n.º 05*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/circular-externa-005-de-2020.pdf

Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M. y Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, *23*(2), 195-213. https://doi.org/10.29375/01237047.3890

Morales Bueno, P. y Landa Fitzgerald, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, *13*, 145-157.

Moreno Lax, A. (2013). La ética de la vulnerabilidad de Corine Pelluchon. *Revista Internacional de Filosofía*, (58), 171-178.

Organización de los Estados Americanos (OEA) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2021). *Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos*. https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-es.pdf

Organización Mundial de Salud (OMS). (2020). *Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el COVID-19 en las Américas*. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA). https://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

Polo Santillán, M. Á. (2004). Ética de máximos y ética de mínimos. En *La morada del hombre: ensayos sobre la vida ética* (pp. 131-147). UNMSM, Fondo Editorial/Instituto de Salud MSC Cristóforis Deneke. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/Filosofia/morada_hombre/eticamax.pdf

Polo Santillán, M. Á. (2019). La responsabilidad ética. *Veritas*, *42*, 49-72. https://doi.org/10.4067/S0718-92732019000100049

Pugh, J., Wilkinson, D., Palacios-Gonzalez, C. y Savulescu, J. (2021). Beyond individual triage: Regional allocation of life-saving resources such as ventilators in public health emergencies. *Health Care Analysis*, *29*(4), 263-282. https://doi.org/10.1007/s10728-020-00427-5

Qureshi, K. (2005). Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *82*(3), 378-388. https://doi.org/10.1093/jurban/jti086

Resolución 8430 de 1993 (4 de octubre), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Resolución 502 del 2020 (24 de marzo), por la cual se adoptan los “Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia Por Sars-Cov-2 (Covid 19).

Resolución 666 del 2020 (24 de abril), por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.

Resolución 536 del 2020 (31 de marzo), por la cual se adopta el “Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)”.

Resolución 628 del 2020 (23 de abril), por la cual se definen los criterios, el procedimiento y las fases del llamado al Talento Humano en Salud para reforzar o apoyar a los prestadores de servicios de salud durante la etapa de mitigación de la pandemia por Coronavirus Covid-19.

Resolución 0375 del 2020 del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva (26 de marzo), por la cual se declara la necesidad inminente de conformidad con lo previsto en el artículo 20 del Acuerdo No. 004 de junio 17 de 2014; y la Resolución No. 0784 de septiembre 16 de 2014. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/03/RESOLUCI%C3%93N-No.-0375-DE-26-DE-MARZO-2020-NECESIDAD-INMINENTE.pdf

Resolución 0398 del 2020 del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva (2 de abril), por medio de la cual se crea el comité de crisis COVID 19. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/RESOLUCION-0398-02-04-2020-COMITE-DE-CRISIS-COVID-19.pdf

Resolución 0127 del 2021 del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva (15 de febrero), con la cual se da por terminada la alerta roja establecida mediante la Resolución 006 del 19-

01/2021 y se declara la alerta naranja en la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/ALERTA-NARANJA-Resolucion-No.-0127-del-15-02-2021-Se-da-por-terminada-Alerta-ROJA.pdf

Resolución 0138 del 2021 del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva (19 de febrero), por medio de la cual se crea el puesto de mando unificado de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva para atender incidentes o eventos que se presenten dentro de la jornada del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID 19. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Resolucion-No.-0138-Crea-Puesto-de-mando-unificado-para-atender-incidentes-o-eventos-Jornada-vacunacion-Covid-19.pdf

Resolución 0749 del 2021 del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva (29 de julio), con la cual se por terminada la alerta roja establecida mediante la Resolución 0540 del 10-06/2021 y se declara la alerta naranja en la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/ALERTA-NARANJA-Resolucion-0749-29-07-2021-Se-da-por-terminada-la-ALERTA-ROJA.pdf

Roche, I. (s. f.). ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA. Recuperado 12 de noviembre de 2021, de https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/231

Rubio, O., Estella, A., Cabre, L., Saralegui-Reta, I., Martin, M. C., Zapata, L., Esquerda, M., Ferrer, R., Castellanos, A., Trenado, J. y Amblas, J. (2020). 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*, *44*(7), 439-445. https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006

Saavedra Trujillo, C. H. (2020). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones

basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio*, *24*(3). https://doi.org/10.22354/in.v24i3.851

Sánchez Torres, F. (s.f.). *Ética Médica, La Ley 23 de 1981*. Encolombia. https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/letica-medica/etica-medica-capitulo-xix/

Schnaubelt, S., Krammel, M. y Sulzgruber, P. (2021). Critical care during a pandemic—Are we prepared for the ethical dilemma? *Journal of Critical Care*, *68*, 174-175. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.12.012

Suárez-Rozo, L. F., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L. M. y Ramírez-Moreno, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia y Políticas de Salud*, *16*(32). https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc

Tan, H. S. y Tan, M. K. M. (Eds.). (2020). *Bioethics and COVID-19: Guidance for clinicians* (1ª Ed.). Malaysian Bioethics Community. https://doi.org/10.5281/zenodo.3821126

Vélez, M., Vélez, V., Marín, I. C., Castaño, D., Velásquez Salazar, P., Vera-Giraldo, C. Y., Patiño, D. y Ramírez, P. A. (2020). *Tratamiento farmacológico de la infección COVID-19 en adultos*. Universidad de Antioquia.

Vielma, J. (2016). La autonomía como fundamento moral para las sociedades plurales. *Eleutheria*. http://www.eleutheria.ufm.edu/Articulos/160921_JVielma_Autonomia_Fundamento_Moral.htm

WHO Working Group for Guidance on Human Challenge Studies in COVID-19. (2020, 3 de mayo). *Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Ethics_criteria-2020.1

8. Anexos

Tabla 1.Tensión: conflicto.

Tensión: conflicto			No soluciona	Soluciona
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar		1
		Med. Internista.	1	
		MFEM	1	
02	Médico general	David 2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			10	14

Tabla 2. Principio: no maleficencia

Principio: no maleficencia			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Med. Internista.		1
		MFEM	1	
02	Médico general	David 2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.	1	

		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			8	16

Tabla 3. Resultados generales pregunta 1

Pregunta 1			
Ética: máximos y mínimos			
Tensión: conflicto	No soluciona	Soluciona	Total
	10	14	24
	42 %	58 %	100 %
Principio: no maleficencia	No reconoce	Reconoce	Total
	8	16	24
	33 %	67 %	100 %

Tabla 4. Relación cruzada de conflicto y no maleficencia

Relación cruzada de Conflicto y No maleficencia.				
Pregunta 1		Tensión: conflicto		
		No soluciona	Soluciona	Total
Principio: no maleficencia	Reconoce	2 (8,3 %)	14 (58,3 %)	16 (66,6 %)
	No reconoce	8 (33,3 %)	0 (0,0 %)	8 (33,3 %)
	Total	10 (41,6 %)	14 (58,3 %)	24 (100 %)

Tabla 5. Relación de conflicto y no maleficencia por profesional de la salud

Relación de *conflicto* y *no maleficencia* por profesional de la salud			
Pregunta 1		Tensión: conflicto	
		Soluciona	No soluciona
Principio: no maleficencia	Reconoce	AMC, Pily, Chavita, Morocha, Mafalda, Manzana, Joencar, MAZ, Gus, Isabella Cuellar, Flor, Mi gorda bella, Pacho.	Méd Internista, Fresita.
	No reconoce		David2201, MFEM, La negra, Nebulosa, Corona, Jesús, MFAM, Caya Pérez.

Tabla 6. Tensión: problema

Tensión: problema			No soluciona	Soluciona
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
		Gus.		1

08	Tecnólogo en radiología	MAZ	1	
Total			6	18

Tabla 7. Principio: justicia

Principio: justicia			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Med. Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			4	20

Tabla 8. Resultados generales pregunta 2

Pregunta 2			
Ética: máximos y mínimos			
Tensión: problema	No soluciona	Soluciona	Total
	6	18	24
	29 %	71 %	100 %
	No reconoce	Reconoce	Total

Principio: justicia	4	20	24
	17 %	83 %	100 %

Tabla 9. Relación cruzada de problema y justicia

Relación cruzada de problema y justicia				
Pregunta 2		Tensión: problema		
		No soluciona	Soluciona	Total
Principio: justicia	Reconoce	4 (16,4 %)	16 (66,6 %)	20 (75 %)
	No reconoce	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)	4 (25 %)
	Total	6 (24,9 %)	18 (58,3 %)	24 (100 %)

Tabla 10. Relación de problema y justicia por profesional de la salud

Relación de Problema y Justicia por profesional de la salud.			
Pregunta 2		Tensión: problema	
		Soluciona	No soluciona
Principio: justicia	Reconoce	AMC, MFEM, Joencar, Méd Internista, Fresita, La negra, Chavita, Estrella, Morocha, Corona, Pacho, Flor, Pily, Mafalda, MFAM, Gus.	Nebulosa, Mi gorda bella, Jesús, MAZ.
	No reconoce	Manzana, Isabella Cuellar.	David2201, Caya Pérez.

Tabla 11. Tensión: crisis

Tensión: crisis			Identificó	No identificó
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM	1	
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
	Trabajo social	Caya Pérez.	1	

04		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total			23	1

Tabla 12. Principio: beneficencia

Principio: beneficencia			Aplica	No aplica
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.		1
		Estrella.	1	
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			2	22

Tabla 13. Resultados generales pregunta 3

Pregunta 3.			
Ética: máximos y mínimos			
Tensión: crisis	Identificó	No identificó	Total
	23	1	24
	96 %	4 %	100 %
Principio: beneficencia	No reconoce	Reconoce	Total
	2	22	24
	8 %	92 %	100 %

Tabla 14. Relación cruzada crisis y beneficencia

Relación cruzada Crisis y Beneficencia.				
Pregunta 3		Tensión: crisis		
		Identificó	No identificó	Total
Principio: beneficencia	Aplica	22 (91,6 %)	1 (4,1 %)	23 (95,7 %)
	No aplica	1 (4,1 %)	0 (0,0 %)	1 (4,1 %)
	Total	23 (95,7 %)	1 (4,1 %)	24 (100 %)

Tabla 15. Relación de crisis y beneficencia por profesional de la salud

Relación de Crisis y Beneficencia por profesional de la salud.			
Pregunta 3		Tensión: crisis	
		Soluciona	No soluciona
Principio: beneficencia	Aplica	AMC, MFEM, Joencar, Méd Internista, Fresita, La negra, Estrella, Morocha, Pacho, Flor, Pily, Mafalda, MFAM, Gus. Manzana, Isabella Cuellar, Nebulosa, Mi gorda bella, Jesús, MAZ, David2201, Caya Pérez.	Chavita.
	No aplica	Corona.	

Tabla 16. Tensión: dilema

Tensión: dilema			Abandonar	Mantener	No define
01	Médico especialista	AMC		1	
		Joencar.		1	
		Méd Internista.		1	
		MFEM		1	
		David2201.		1	

02	Médico general	Fresita.	1		
		La negra.	1		
		Nebulosa.	1		
03	Enfermera jefe	Chavita.		1	
		Corona.	1		
		Estrella.	1		
		Morocha.		1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1	
		Pily.		1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.			1
		Manzana.		1	
		Mi gorda bella.		1	
		Pacho.	1		
06	Terapia respiratoria	Flor.		1	
		Isabel Cuellar.			1
07	Psicología	Mafalda.		1	
		MFAM		1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1		
		MAZ		1	
Total			7	15	2

Tabla 17. Principio: autonomía

Principio: autonomía			Continuar	No reconoce	Suspender
01	Médico especialista	AMC	1		
		Joencar.	1		
		Méd Internista.	1		
		MFEM	1		
02	Médico general	David2201.	1		
		Fresita.			1
		La negra.			1
		Nebulosa.	1		
03	Enfermera jefe	Chavita.	1		
		Corona.			1
		Estrella.	1		
		Morocha.	1		
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1		
		Pily.	1		
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1	
		Manzana.	1		
		Mi gorda bella.	1		

		Pacho.	1		
06	Terapia respiratoria	Flor.	1		
		Isabel Cuellar.	1		
07	Psicología	Mafalda.	1		
		MFAM	1		
08	Tecnólogo en radiología	Gus.			1
		MAZ	1		
Total			19	1	4

Tabla 18. Resultados generales pregunta 4

Pregunta 4.				
Ética: máximos y mínimos				
Tensión: dilema	Abandonar	Mantener	No define	Total
	7	15	2	24
	29 %	63 %	8 %	100 %
Principio: autonomía	Continuar	No reconoce	Suspender	Total
	19	1	4	24
	79 %	4 %	17 %	100 %

Tabla 19. Relación cruzada de dilema y autonomía

Relación cruzada de Dilema y Autonomía.				
Pregunta 4		Tensión: dilema		
		Mantener	Abandonar	Total
Principio: autonomía	Continuar	17 (70,8 %)	3 (12,5 %)	20 (83,3 %)
	Suspender	0 (0,0 %)	4 (16,6 %)	4 (16,6 %)
	Total	17 (70,8 %)	7 (29,1 %)	24 (100 %)

Tabla 20. Relación de dilema y autonomía por profesional de la salud

Relación de Dilema y Autonomía por profesional de la salud.			
Pregunta 4		Tensión: dilema	
		Mantener	Abandonar
Principio: autonomía	Continuar	AMC, MFEM, Joencar, médico especialista, Morocha, Flor, Pily, Mafalda, MFAM, Manzana, Isabella Cuellar, Mi gorda bella, Jesús, MAZ, David2201, Caya Pérez, Chavita.	Nebulosa, Estrella, Pacho.

	Suspender	.	Fresita, La negra, Corona, Gus.

Tabla 21. Tensión: angustia moral

Tensión: angustia moral			Insiste	No insiste
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM	1	
02	Médico general	David2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.	1	
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total			18	6

Tabla 22. Principio: solidaridad

Principio: solidaridad			Buscó ayuda	No buscó ayuda
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.	1	

		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total.			11	13

Tabla 23. Resultado general pregunta 5

Pregunta 5.			
Ética: del cuidado			
Tensión: angustia moral	Insiste	No insiste	Total
	18	6	24
	75 %	25 %	100 %
Principio: solidaridad	Buscó ayuda	No buscó ayuda	Total
	11	13	24
	46 %	54 %	100 %

Tabla 24. Relación cruzada de angustia moral y solidaridad

Relación cruzada de Angustia moral y Solidaridad.				
Pregunta 5		Tensión: angustia moral		
		Insiste	No insiste	Total
Principio: solidaridad	Busca ayuda	10 (41,6 %)	1 (4,1 %)	11 (45,7 %)
	No busca ayuda	8 (33,3 %)	5 (20,8 %)	13 (54,4 %)
	Total	18 (74,9 %)	6 (24,9 %)	24 (100 %)

Tabla 25. Relación angustia moral y solidaridad por personal de la salud

Relación Angustia moral y Solidaridad por personal de la salud.			
Pregunta 5		Tensión: angustia moral	
		Insiste	No insiste
Principio: solidaridad	Buscó ayuda	AMC, La negra, Chavita Corona, Estrella, Pacho, Mafalda, MFAM, MAZ, Gus.	Morocha
	No buscó ayuda	MFEM, Joencar, Méd Internista, Caya Pérez, Pily, Mi gorda bella, Manzana, flor.	David2201, Fresita, Nebulosa, Jesús, Isabella Cuellar.

Tabla 26. Tensión: problema

Tensión: problema			Urgencias no priorizado	Urgencias priorizado
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.	1	
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total			12	12

Tabla 27. Principio: universalidad

Principio: universalidad			De acuerdo	En desacuerdo
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.	1	1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ	1	
Total			5	19

Tabla 28. Resultados generales pregunta 6

Pregunta 6.			
Ética: del cuidado			
Tensión: problema	Urgencias no priorizado	Urgencias priorizado	Total
	12	12	24
	50 %	50 %	100 %
Principio: universalidad	De acuerdo	En desacuerdo	Total
	5	19	24
	21 %	79 %	100 %

Tabla 29. Relación cruzada de problema y universalidad

Relación cruzada de Problema y Universalidad.				
Pregunta 6		Tensión: problema		
		Urgencias priorizado	Urgencias no priorizado	Total
Principio: universalidad	De acuerdo	10 (41,6 %)	10 (41,6 %)	20 (83,2 %)
	En desacuerdo	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)	4 (16,6 %)
	Total	12 (49,9 %)	12 (49,9 %)	24 (100 %)

Tabla 30. Relación de problema y universalidad por profesional de la salud

Relación de Problema y Universalidad por profesional de la salud.			
Pregunta 6		Tensión: problema	
		Urgencias priorizado	Urgencias no priorizado
Principio: universalidad	De acuerdo	MFEM, Méd Internista, Nebulosa, La negra, Chavita, Estrella, Mi gorda bella, Manzana, Pacho, Flor, MFAM	Joencar, David2201, Fresita, Corona, Caya Pérez, Pily, Isabella Cuellar, MAZ, Gus.
	En desacuerdo	AMC, Morocha.	Jesús, Mafalda.

Tabla 31. Tensión: crisis

Tensión: crisis			No identifica	Sí identifica
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.		1

05		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ	1	
Total			6	18

Tabla 32. Principio: seguridad

Principio: seguridad			Otro tipo de estrategia	Solo EPP
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.	1	
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ		1
Total			17	7

Tabla 33. Resultados generales pregunta 7

Pregunta 7.			
Ética: del cuidado			
Tensión: crisis	No identifica	Sí identifica	Total
	6	18	24
	25 %	75 %	100 %
Principio: seguridad	Otro tipo de estrategia	Solo EPP	Total
	17	7	24
	71 %	29 %	100 %

Tabla 34. Relación cruzada de crisis y seguridad

Relación cruzada de Crisis y Seguridad.				
Pregunta 7		Tensión: crisis		
		Sí identifica	No identifica	Total
Principio: seguridad	Otro tipo de estrategia	14 (58,3 %)	3 (12.5%)	17 (70.8%)
	Solo EPP	4 (16,6 %)	3 (12.5%)	7 (29.1%)
	Total	18 (74,9 %)	6 (25%)	24 (100 %)

Tabla 35. Relación de crisis y seguridad por profesional de la salud

Relación de Crisis y Seguridad por profesional de la salud.			
Pregunta 7		Tensión: crisis	
		Sí identifica	No identifica
Principio: seguridad.	Otro tipo de estrategia	Joencar, Méd Internista, Fresita, La negra, Nebulosa, Estrella, Morocha, Chavita, Manzana, Pacho, Isabella Cuellar, Gus, MFAM, Caya Pérez.	Corona, Mi gorda bella, Morocha.
	Solo EPP	MFEM, Jesús, Mafalda, Pily.	AMC, David2201, MAZ.

Tabla 36. Tensión: angustia moral

Tensión: angustia moral			Egreso	Manejo institucional
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.	1	
		Méd Internista.		1

		MFEM		1
02	Médico general	David2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ		1
Total			6	18

Tabla 37. Principio: responsabilidad

Principio: responsabilidad			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.	1	
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1

05		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ		1
Total			6	18

Tabla 38. Resultados generales pregunta 8

Pregunta 8.			
Ética: del cuidado			
Tensión: angustia moral	Egreso	Manejo institucional	Total
	6	18	24
	25 %	75 %	100 %
Principio: responsabilidad	No reconoce	Reconoce	Total
	6	18	24
	25 %	75 %	100 %

Tabla 39. Relación cruzada de angustia moral y responsabilidad

Relación cruzada de Angustia moral y Responsabilidad.				
Pregunta 8		Tensión: angustia moral		
		Manejo institucional	Egreso	Total
Principio: responsabilidad	Reconoce	18 (75 %)	0 (0,0 %)	18 (75 %)
	No reconoce	0 (0,0 %)	6 (25 %)	6 (25 %)
	Total	18 (75 %)	6 (25 %)	24 (100 %)

Tabla 40. Relación de angustia moral y responsabilidad por profesionales de la salud

Relación de Angustia moral y Responsabilidad por profesionales de la salud.			
Pregunta 8		Tensión: angustia moral	
		Manejo institucional	Egreso
Principio: responsabilidad	Reconoce	Méd Internista, Fresita, La negra, Nebulosa, Estrella, Morocha, Chavita, MFAM, Caya Pérez, AMC,	

		David2201, MAZ, Corona, Mi gorda bella, Morocha, MFEM, Jesús, Mafalda, Pily.	
	No reconoce		Joencar, Manzana, Flor, Pacho, Gus, Isabella Cuellar.

Tabla 41. Tensión: conflicto

Tensión: conflicto			No RCCP	RCCP
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total.			6	18

Tabla 42. Principio: vulnerabilidad

Principio: vulnerabilidad			60 años	70 años	No aplica	No identifica
01	Médico especialista	AMC	1			
		Joencar.		1		
		Méd Internista.	1			

		MFEM		1		
02	Médico general	David 2201.	1			
		Fresita.	1			
		La negra.	1			
		Nebulosa.				1
03	Enfermera jefe	Chavita.	1			
		Corona.		1		
		Estrella.		1		
		Morocha.		1		
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1		
		Pily.			1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.				1
		Manzana.	1			
		Mi gorda bella.				1
		Pacho.				1
06	Terapia respiratoria	Flor.				1
		Isabel Cuellar.	1			
07	Psicología	Mafalda.		1		
		MFAM	1			
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1		
		MAZ		1		
Total			9	9	1	5

Tabla 43. Resultados generales pregunta 9

Pregunta 9				
Ética: del Cuidado				
Tensión: conflicto	No RCCP	RCCP	Total	
	6	18	24	
	25%	75%	100 %	
Principio: vulnerabilidad	60 años	70 años	No identifica	Total
	9	9	6	24
	38 %	38 %	25 %	100 %

Tabla 44. Relación cruzada de conflicto y vulnerabilidad

Relación cruzada de Conflicto y Vulnerabilidad.				
Pregunta 9		Tensión: conflicto		
		RCCP	No RCCP	Total
Principio: vulnerabilidad	60 años o 70 años	18 (75 %)	0 (0,0 %)	18 (75 %)
	No aplica o no identifica	0 (0,0 %)	1 (4,2 %) 5 (20,8 %)	6 (25 %)
	Total	18 (75 %)	6 (25 %)	24 (100 %)

Tabla 45. Relación de conflicto y vulnerabilidad por profesional de la salud

Relación de Conflicto y Vulnerabilidad por profesional de la salud.			
Pregunta 9		Tensión: conflicto	
		RCCP	No RCCP
Principio: vulnerabilidad	60 años o 70 años	Méd Internista, Fresita, La negra, Estrella, Morocha, Chavita, MFAM, Caya Pérez, AMC, David2201, MAZ, Corona, Morocha, MFEM, Mafalda, Joencar, Manzana, Gus, Isabella Cuellar.	
	No aplica o no identifica		Nebulosa, Pacho, Mi gorda bella, Pily, Flor, Jesús.

Tabla 46. Tensión: dilema

Tensión: dilema			No	Sí
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM	1	
02	Médico general	David2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	

08		MAZ	1	
Total			11	13

Tabla 47. Principio: autonomía

Principio: autonomía			Continuar	Retirarse
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.		1
		Méd Internista.	1	
		MFEM	1	
02	Médico general	David 2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total			23	1

Tabla 48. Resultados generales pregunta 10

Pregunta 10.			
Ética: máximos y mínimos			
Tensión: dilema	No	Sí	Total
	11	13	24
	46 %	54 %	100 %
Principio: autonomía	Continuar	Retirarse	Total
	23	1	24
	96 %	4 %	100 %

Tabla 49. Relación cruzada de dilema y autonomía

Relación cruzada de Dilema y Autonomía.				
Pregunta 10		Tensión: dilema		
		Sí	No	Total
Principio: autonomía	Continuar	12 (50 %)	11 (45.8%)	23 (95,8 %)
	Retirarse	1 (4,1 %)	0 (0.0%)	1 (4,1 %)
	Total	13 (54,1 %)	11 (45.8%)	24 (100 %)

Tabla 50. Relación de dilema y autonomía por profesional de la salud

Relación de Dilema y Autonomía por profesional de la salud.			
Pregunta 10		Tensión: dilema	
		Sí	No
Principio: autonomía	Continuar	AMC, Mafalda, Méd Internista, Fresita, La negra, David2201, Corona, Estrella, Pacho, Mi gorda bella, Caya Pérez, Pily.	MFEM, Nebulosa, Chavita, Morocha, Manzana, Jesús, Flor, Gus, MAZ, MFAM, Isabella Cuellar.
	Retirarse	Joencar	

Tabla 51. Tensión: conflicto

Tensión: conflicto			Ajuste de terapia	Continúa tratamiento
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM	1	
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.	1	
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.		1
	Terapia respiratoria	Flor.	1	

05		Isabel Cuellar.	1	
06	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ		1
Total			16	4

Tabla 52. Principio: no maleficencia

Principio: no maleficencia			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM	1	
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
05	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
06	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			2	18

Tabla 53. Resultados generales pregunta 11

Pregunta 11.			
Ética: máximos y mínimos			
Tensión: conflicto	Ajuste de terapia	Continúa tratamiento	Total
	16	4	20
	80 %	20 %	100 %
Principio: no maleficencia	No reconoce	Reconoce	Total
	2	18	20
	10 %	90 %	100 %

Tabla 54. Relación cruzada de conflicto y no maleficencia

Relación cruzada de Conflicto y No maleficencia.				
Pregunta 11		Tensión: conflicto		
		Ajuste de terapia	Continúa terapia	Total
Principio: no maleficencia	Reconoce	16 (83,3 %)	2 (8,3 %)	18 (91,6 %)
	No reconoce	2 (8,3 %)	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)
	Total	18 (91,6 %)	2 (8,3 %)	20 (100 %)

Tabla 55. Relación de conflicto y no maleficencia por profesional de la salud

Relación de Conflicto y No maleficencia por profesional de la salud			
Pregunta 11		Tensión: conflicto	
		Ajuste de terapia	Continúa igual terapia
Principio: no maleficencia	Reconoce	Méd Internista, Fresita, La negra, Estrella, Morocha, Chavita, AMC, David2201, Corona, Mi gorda bella, Morocha, Jesús, Joencar, Manzana, Flor, Gus, Isabella Cuellar.	Pacho, MAZ.
	No reconoce	MFEM, Nebulosa.	

Tabla 56. Tensión: problema

Tensión: problema			No soluciona	Soluciona
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.	1	
	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1

05		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			3	21

Tabla 57. Principio: beneficencia

Principio: beneficencia			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.	1	
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.	1	
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			2	22

Tabla 58. Resultados generales pregunta 12

Pregunta 12.			
Ética: máximos y mínimos			
Tensión: problema	No soluciona	Soluciona	Total
	3	21	24
	12,5 %	87,5 %	100 %
Principio: beneficencia	No reconoce	Reconoce	Total
	2	22	24
	8 %	92 %	100 %

Tabla 59. Relación cruzada de problema y beneficencia

Relación cruzada de Problema y Beneficencia.				
Pregunta 12		Tensión: problema		
		Soluciona	No soluciona	Total
Principio: beneficencia	Reconoce	21 (87,4 %)	1 (4,1 %)	22 (91,5 %)
	No reconoce	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)
	Total	21 (87,4 %)	3 (12,4 %)	24 (100 %)

Tabla 60. Relación de problema y beneficencia por profesional de la salud

Relación de Problema y Beneficencia por profesional de la salud.			
Pregunta 12		Tensión: problema	
		Soluciona	No soluciona
Principio: beneficencia	Reconoce	Méd Internista, Fresita, La negra, Nebulosa, Estrella, Morocha, Chavita, MFAM, Caya Pérez, AMC, MAZ, Mi gorda bella, Morocha, MFEM, Jesús, Mafalda, Joencar, Manzana, Flor, Pacho, Gus, Isabella Cuellar.	Pily.
	No reconoce		Corona, David2201

Tabla 61. Tensión: angustia moral

Tensión: angustia moral			Aumenta	Disminuye
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.	1	
		MFEM		1

02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.		1
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			14	10

Tabla 62. Principio: universalidad

Principio: universalidad			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.		1
		Méd Internista.		1
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.	1	
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.	1	
	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1

05		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ		1
Total			4	20

Tabla 63. Resultados generales pregunta 13

Pregunta 13.			
Ética: del cuidado			
Tensión: angustia moral	Aumenta	Disminuye	Total
	14	10	24
	58 %	42 %	100 %
Principio: universalidad	No reconoce	Reconoce	Total
	4	20	24
	17 %	83 %	100 %

Tabla 64. Relación cruzada de angustia moral y universalidad

Relación cruzada de Angustia moral y Universalidad.				
Pregunta 13		Tensión: angustia moral		
		Aumenta	Disminuye	Total
Principio: universalidad	Reconoce	13 (54,1 %)	7 (29,1 %)	20 (83,2 %)
	No reconoce	1 (4,1 %)	3 (12,5 %)	4 (16,6 %)
	Total	14 (58,2 %)	10 (41,6 %)	24 (100 %)

Tabla 65. Relación de angustia moral y universalidad por profesional de la salud

Relación de Angustia moral y Universalidad por profesional de la salud.			
Pregunta 13		Tensión: angustia moral	
		Aumenta	Disminuye
Principio: universalidad	Reconoce	Méd Internista, Nebulosa, Estrella, Morocha, Chavita, Caya Pérez, David2201, Corona, Mi gorda bella, Morocha, Mafalda, Manzana, Pacho, Isabella Cuellar.	AMC, Joencar, MFEM, Fresita, MFAM, Gus, MAZ.

	No reconoce	La negra.	Pily, Jesús, Flor.

Tabla 66. Tensión: crisis

Tensión: crisis			No soluciona	Soluciona
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM		1
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total			19	5

Tabla 67. Principio: seguridad

Principio: seguridad			Espera	No espera
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM	1	
02	Médico general	David 2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.	1	

		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ	1	
Total			20	4

Tabla 68. Resultados generales pregunta 14

Pregunta 14			
Ética: del cuidado			
Tensión: crisis	No soluciona	Soluciona	Total
	19	5	24
	79 %	21 %	100 %
Principio: seguridad	Espera	No espera	Total
	20	4	24
	83 %	17 %	100 %

Tabla 69. Relación cruzada de crisis y autonomía

Relación cruzada de Crisis y Autonomía.				
Pregunta 14		Tensión: crisis		
		No soluciona	Soluciona	Total
Principio: autonomía	Esperar	17 (70.8 %)	1 (4,15 %)	18 (75 %)
	No esperar	3 (12.5 %)	3 (12,5 %)	6 (25 %)
	Total	20 (83.3 %)	4 (16,65 %)	24 (100 %)

Tabla 70. Relación de crisis y autonomía por profesional de la salud

Relación de Crisis y Autonomía por profesional de la salud.			
Pregunta 14		Tensión: crisis	
		No soluciona	Soluciona
Principio: autonomía	Esperar	Méd Internista, La negra, Nebulosa, Estrella, Morocha, MFAM, Caya Pérez, AMC, MAZ, Corona, Mi gorda bella, Morocha, Jesús, Pily, Joencar, Manzana, Pacho, Gus.	MFEM.
	No esperar	Mafalda, David2201, Fresita.	Chavita, Flor, Isabella Cuellar.

Tabla 71. Tensión: dilema

Tensión: dilema			Cuida el riñón	No cuida el riñón
01	Médico especialista	AMC	1	
		Joencar.	1	
		Méd Internista.		1
		MFEM	1	
02	Médico general	David2201.	1	
		Fresita.	1	
		La negra.	1	
		Nebulosa.	1	
03	Enfermera jefe	Chavita.	1	
		Corona.	1	
		Estrella.	1	
		Morocha.	1	
04	Trabajo social	Caya Pérez.		1
		Pily.		1
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.	1	
		Manzana.		1
		Mi gorda bella.	1	
		Pacho.	1	
06	Terapia respiratoria	Flor.	1	
		Isabel Cuellar.		1
07	Psicología	Mafalda.		1
		MFAM	1	
08	Tecnólogo en radiología	Gus.		1
		MAZ	1	
Total			17	7

Tabla 72. Principio: vulnerabilidad

Principio: vulnerabilidad			No reconoce	Reconoce
01	Médico especialista	AMC		1
		Joencar.	1	
		Méd Internista.	1	
		MFEM		1
02	Médico general	David 2201.		1
		Fresita.		1
		La negra.		1
		Nebulosa.		1
03	Enfermera jefe	Chavita.		1
		Corona.		1
		Estrella.		1
		Morocha.		1
04	Trabajo social	Caya Pérez.	1	
		Pily.	1	
05	Auxiliar de enfermería	Jesús.		1
		Manzana.	1	
		Mi gorda bella.		1
		Pacho.		1
06	Terapia respiratoria	Flor.		1
		Isabel Cuellar.	1	
07	Psicología	Mafalda.	1	
		MFAM		1
08	Tecnólogo en radiología	Gus.	1	
		MAZ		1
Total			8	16

Tabla 73. Resultados generales pregunta 15

Pregunta 15.			
Ética: del cuidado			
Tensión: dilema	Cuida el riñón	No cuida el riñón	Total
	17	7	24
	71 %	29 %	100 %
Principio: vulnerabilidad	No reconoce	Reconoce	Total
	8	16	24
	33 %	67 %	100 %

Tabla 74. Relación cruzada de dilema y vulnerabilidad

Relación cruzada de Dilema y Vulnerabilidad.				
Pregunta 15		Tensión: Dilema.		
		Cuida el riñón	No cuida el riñón	Total
Principio: vulnerabilidad	Reconoce	16 (66,6 %)	0 (0,0 %)	16 (66,6 %)
	No reconoce	1 (4,1 %)	7 (29,1 %)	8 (33,2 %)
	Total	17 (70,7 %)	7 (29,1 %)	24 (100 %)

Tabla 75. Relación de dilema y vulnerabilidad por profesional de la salud

Relación de Dilema y Vulnerabilidad por profesional de la salud.			
Pregunta 15		Tensión: dilema	
		Cuida el riñón	No cuida el riñón
Principio: vulnerabilidad	Reconoce	Fresita, La negra, Nebulosa, Estrella, Morocha, Chavita, MFAM, AMC, David2201, MAZ, Corona, Mi gorda bella, Morocha, MFEM, Jesús, Flor, Pacho.	
	No reconoce	Joencar.	Méd Internista, Manzana, Gus, Mafalda, Isabella Cuellar, Caya Pérez, Pily.