

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 2 de junio de 2020
Aceptado: 6 de octubre de 2020
Publicado: 6 de noviembre de 2020

**CONSIDERACIONES ETICAS DURANTE LAS CRISIS SANITARIAS:
A PROPÓSITO DE LA PANDEMIA POR EL CORONAVIRUS SARS-COV-2**

Azucena Santillán-García (1) y Carmen Ferrer-Arnedo (2,3)

(1) Hospital Universitario. Burgos. España.

(2) Hospital Central de Cruz Roja. Madrid. España.

(3) Vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Ética Enfermera. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

En 2009 se vivió la pandemia del H1N1 con una serie de implicaciones éticas que influyeron en el abordaje de la crisis. En el marco de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 se han repetido estas cuestiones, y el análisis de lo sucedido en 2009 ha resultado premonitorio. Los principios de justicia, solidaridad, equidad, transparencia y reciprocidad deben ser incluidos en los futuros planes de respuesta ante pandemias, incluyendo las lecciones aprendidas.

Palabras clave: Ética, Pandemia, Crisis sanitaria, COVID-19.

ABSTRACT**Ethical considerations during health crisis:
about SARS-CoV-2 coronavirus pandemic**

In 2009, the H1N1 pandemic raised a series of ethical considerations that influenced the approach to the crisis. In the framework of the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic, these issues have been repeated, and the analysis of what happened in 2009 can be seen as a warning. The principles of justice, solidarity, equity, transparency and reciprocity should be included in future pandemic response plans, including lessons learned.

Key words: Ethics, Pandemic, Health crisis, COVID-19.

En el contexto de la pandemia por el virus H1N1 en 2009, Arias⁽¹⁾ hizo un excelente análisis de las implicaciones éticas durante las crisis sanitarias. En su análisis, el autor señalaba varios puntos del todo relevantes a la hora de contemplar los aspectos éticos del abordaje de una situación pandémica, y es inevitable comparar este análisis con el marco actual derivado de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2, dado que se trata de dos crisis sanitarias y entre estos dos episodios distan once años de prestación de servicios. ¿Habremos aprendido algo en este tiempo?

En primer lugar, debemos aclarar que las situaciones producidas por ambos virus han sido totalmente diferentes. Mientras que el H1N1 mantuvo en estado expectante durante meses a salubristas, epidemiólogos, gestores y medios de comunicación en 2009, el SARS-CoV-2 ha desatado una crisis sanitaria mundial nada más comenzar 2020.

Tal y como relata Arias *“desde la epidemia del SARS, el mundo ha estado preparándose para una pandemia de gripe bajo las premisas de que sería causada por un virus mediana o altamente virulento, que empezaría en el sudeste asiático, que como consecuencia de lo anterior posiblemente habría ciertas dificultades para disponer de datos de calidad, incluyendo el conocimiento detallado del virus, hasta que los países occidentales estuvieran afectados, y se produciría más probablemente durante las estaciones de otoño e invierno, solapándose con la temporada de gripe estacional...”*. Leer esto más de una década después resulta premotorio por lo vivido con la COVID-19.

Pero, además, durante la presente pandemia por el SARS-CoV-2 estamos observando aspectos repetidos que la experiencia de las anteriores crisis ya había puesto de manifiesto como, por ejemplo, el conflicto entre los derechos individuales frente a la protección de la

salud colectiva o el impacto en la atención y los recursos dedicados a otros problemas de salud.

A continuación, pasaremos a desglosar algunos de estos puntos, varios de ellos comunes con el análisis de Arias⁽¹⁾.

CONFLICTO ENTRE LOS DERECHOS INDIVIDUALES FRENTE A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA

Hablaríamos del valor del principio de justicia sobre los demás principios. La actual crisis sanitaria ha provocado la limitación de los derechos de las personas para proteger a la sociedad y para favorecer la gestión de la pandemia. En ausencia de cualquier intervención farmacéutica, la única estrategia contra la COVID-19 es reducir la posibilidad de los contactos entre personas susceptibles y personas contagiadas mediante la detección temprana de casos o la reducción del contacto y, por eso, los ciudadanos hemos sufrido y sufrimos restricciones a nuestra libertad individual. Este fenómeno se ha apoyado en la promoción de la corresponsabilidad de los ciudadanos y los profesionales. La experiencia en Singapur y China nos dice que las intervenciones sobre el distanciamiento social han sido beneficiosas y además fueron alabadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero las poblaciones para quienes se han implementado intervenciones de distanciamiento social requieren y merecen la seguridad de que la decisión de promulgar estas medidas esté basada en la mejor evidencia posible. En este sentido, sabemos que la evidencia actual contextualizada sobre la COVID-19 se limita a estudios de modelización que hacen suposiciones de parámetros basadas en el conocimiento actual y fragmentado. Los resultados de una *Rapid Review* encargada por la OMS a la Colaboración Cochrane indicaron de forma consistente que la cuarentena es importante para reducir la incidencia y la mortalidad

durante la pandemia de COVID-19, y que la aplicación temprana de la cuarentena y su combinación con otras medidas de salud pública tales como cierres de escuelas, restricciones de viajes y el distanciamiento social son importantes para garantizar la efectividad.

En cualquier caso, los responsables de tomar decisiones deben monitorizar constantemente la situación del brote y los efectos de las medidas aplicadas, así como tener en cuenta que la efectividad y el impacto social de las medidas dependerán de la credibilidad de las autoridades de Salud Pública, los líderes políticos y las instituciones. Por eso, es importante que los responsables políticos mantengan la confianza de la ciudadanía mediante la selección de intervenciones basadas en la evidencia científica y con una comunicación totalmente transparente y basada en hechos^(2,3).

La limitación de los derechos de las personas en pro de la salud colectiva ha sucedido no solo durante las semanas más críticas sino también durante la desescalada, y es de prever que las restricciones se hagan extensivas al escenario futuro durante la denominada “nueva normalidad”. En este sentido, cabe preguntarse cuáles son los límites en el contexto de la libertad individual frente al bien común. Aquí emerge la necesidad de fomentar la alfabetización en Salud Pública, dado que la pandemia por este coronavirus ha mostrado la necesidad de contar, no solo con políticas públicas y programas, sino también con la creación de ambientes de apoyo comunitario en la promoción de estilos de vida saludables⁽⁴⁾.

NECESIDAD DE PRIORIZACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS

La crisis originada por la pandemia de COVID-19 ha ocasionado una situación sin precedentes en España. En un periodo muy corto de tiempo se ha cambiado el marco del ejercicio

de asistencia sanitaria hacia otro equiparable al de las catástrofes, con el consecuente cambio en los parámetros de toma de decisiones. Los recursos humanos y materiales se han visto sobrepasados y hemos visto cómo la demanda de equipos de protección personal (EPI) se ha multiplicado por 100 y los costes se dispararon alrededor de 20 veces su precio habitual⁽⁵⁾. Esto ha sucedido también con los recursos necesarios para la atención sanitaria (UCI, ventiladores...) y, en este contexto, la asignación de recursos o la priorización de tratamientos pasan a ser elementos cruciales. Por tanto, es importante contar con un marco de referencia ético para poder tomar las decisiones clínicas necesarias. Esta difícil situación no es nueva en la práctica asistencial, dado que diariamente se realiza la toma de decisiones para asignar un recurso u otro en base a criterios clínicos basados en la evidencia y en las recomendaciones de las sociedades científicas, que deben de cumplir con una condición ética de transparencia. En la crisis se sumó que esta práctica se ha hecho más visible por la propia situación y las sociedades científicas han emitido recomendaciones generales de apoyo a los clínicos y relacionadas con las decisiones éticas difíciles, así como con la adecuación de la intensidad asistencial/ ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis. Estas recomendaciones incluyen consejos relacionados con la organización y los recursos, con las características de la persona y el contexto de la situación global, y con la ética de las decisiones⁽⁶⁾.

INCERTIDUMBRE EN LOS TRATAMIENTOS

Poco se sabía del SARS-CoV-2 y de la COVID-19, y se ha tenido que manejar la situación clínica entre grandes áreas de incertidumbre. No obstante, se ha producido un hecho inusual y es que los grupos de investigación publicaron desde el inicio de la pandemia gran

cantidad de protocolos y *preprints*. Esto ha derivado en que durante la crisis ha habido mayor cantidad de documentación disponible en repositorios (SSRN y Medrxiv) que no han superado el proceso de revisión (y que por tanto debe ser utilizada con mucha cautela) frente a la publicada en revistas revisadas por pares⁽⁷⁾. Esto ha facilitado que se hayan generado debates controvertidos en torno a algunos tratamientos propuestos para la COVID-19. Un caso emblemático es el de la cloroquina o hidroxiclороquina, en el que inicialmente parte de la comunidad científica y líderes políticos como el presidente estadounidense Donald Trump se mostraban partidarios de fomentarla, pero que a día de hoy se está desestimando por sus efectos cardiovasculares⁽⁸⁾. No es la primera vez que se detectan injerencias políticas en el ámbito de una crisis sanitaria y en el contexto de la gestión medicamentosa de la misma. En la no tan lejana historia del Tamiflú/Relenza tenemos un claro ejemplo de cómo las dudas científicas, el negocio y la actividad política pueden estar estrechamente relacionadas. A este respecto, Gervás⁽⁹⁾ propone que la lección práctica y ética desde el punto de vista de la salud pública es: *“los medicamentos son recursos esenciales para el sistema sanitario y quienes los producen deberían alinear sus objetivos con los de la sociedad para que su afán de lucro no vaya por delante de la salud de las poblaciones; por ello es esencial una política de transparencia, el acceso público a los datos crudos de todos los ensayos clínicos y la publicación de los mismos en todo caso”*.

DILEMAS ÉTICOS DEL DÍA A DÍA DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales sanitarios se han enfrentado a dilemas éticos en la esfera personal, derivados de las emociones que han producido las circunstancias que han acompañado la crisis sanitaria: miedo al propio contagio y a contagiar a la familia, frustración por la escasez de equipos

de protección personal o las contradicciones que han generado desconfianza sobre cómo usar los equipos. Además de la impotencia por no poder hacer más por los pacientes, mantener a los pacientes y a sus familias aislados y solos sin poder estar más tiempo a su lado, el sentimiento de desbordamiento por las dimensiones de la crisis y el colapso del sistema sanitario, etc⁽¹⁰⁾. Pese al apoyo social manifestado durante las semanas de confinamiento mediante aplausos populares en ventanas y balcones, en ocasiones se han vivido situaciones de rechazo social, y esto ha supuesto una mezcla intensa de sensaciones y sentimientos.

Los profesionales se enfrentan a emociones difíciles, ya que lo que subyace es una sensación de dejación frente a la inestabilidad laboral y, en algunos casos, a la precariedad que afecta a este sector sanitario y sociosanitario desde hace décadas. Algunos profesionales, además, han acusado la falta de participación porque nadie ha contado con su opinión, lo que tiene como consecuencia la desmotivación. A esto se le añade un componente de frustración derivada del cambio de actitud de la población durante la desescalada y en contraposición con el sacrificio personal de los sanitarios⁽¹¹⁾.

IMPACTO EN LA ATENCIÓN Y LA ESCASEZ DE RECURSOS DEDICADOS A OTROS PROBLEMAS DE SALUD

En las semanas más críticas se ha dedicado todo el músculo de la Sanidad a atender la emergencia de la pandemia, y eso se ha traducido en aplazamientos de todos aquellos procedimientos no urgentes, como el seguimiento de los pacientes crónicos, las acciones de promoción y prevención o la atención domiciliaria a las personas inmovilizadas. Además, las visitas de pacientes al hospital se han reducido al mínimo imprescindible y las teleconsultas han sido protagonistas, si bien con escaso desarrollo.

Todo esto está originando unos “daños colaterales” que se pueden agrupar en torno a 3 ejes:

- Incremento de desenlaces negativos en patologías ajenas al coronavirus. Por ejemplo, se ha registrado una reducción del 40% en el tratamiento del infarto durante la crisis, que no responde a la realidad epidemiológica sino probablemente al miedo de los pacientes a contagiarse de Covid-19 si van al hospital, y esto puede traducirse en un incremento en la mortalidad cardiovascular a corto y largo plazo⁽¹²⁾.
- Desestabilización de patologías crónicas tales como diabetes o insuficiencia renal crónica⁽¹³⁾.
- Agravamiento de problemas de salud mental previos y aparición de nuevos problemas derivados de la propia crisis en todos sus ámbitos y que no se han podido prevenir adecuadamente, como el estrés postraumático o los trastornos emocionales⁽¹⁴⁾.

ÉTICA EN LA COMUNICACIÓN

Arias se planteaba que la información epidemiológica detallada podía ser utilizada con fines “perversos” tales como prohibir viajar a determinadas zonas pero que, por otro lado, la información limitada conduce al desconocimiento de la población y los profesionales sanitarios sobre los riesgos a los que pueden estar enfrentándose⁽¹⁾. Durante la actual pandemia, la información epidemiológica ha sido detallada, diaria, pero también cambiante, debido a la variación de los criterios al recoger datos estadísticos, a su agregación o desagregación, etc. Esto ha dado lugar a confusión y, tal vez, falta de confianza de la población. Sin duda, los datos epidemiológicos han contribuido al control de la pandemia en España y en el actual momento de desescalada están siendo claves. Durante la pandemia se están viviendo situaciones inéditas en cuanto a la comunicación en momentos de crisis y, en este sentido, una de

las lecciones aprendidas es que en situaciones de emergencias en Salud Pública la desinformación no puede dominar el espacio público, sino que debe ofrecerse información de calidad a la población⁽¹⁵⁾. También han crecido los bulos y la desinformación. La información parcial o sesgada, la desinformación y las teorías de la conspiración sobre la pandemia del coronavirus se han extendido ampliamente⁽¹⁶⁾, y es que no se puede olvidar que en 11 años el mundo digital ha tenido un crecimiento exponencial. Estos son elementos de manipulación y minan la confianza, aspecto clave para una crisis sanitaria.

LIBERTAD PERSONAL, AUTONOMÍA Y PRIVACIDAD FRENTE A BIEN COMÚN E IMPACTO COMUNITARIO

Las medidas excepcionales tomadas durante el estado de alarma⁽¹⁷⁾ han propiciado debates de tinte ético, y el concepto de “libertad” ha cobrado un especial protagonismo, ya que las medidas adoptadas han conllevado la limitación de los derechos de las personas para proteger a la colectividad y permitir una gestión de la pandemia lo más controlada posible. Nuestra postura es que la libertad individual y el bien común no son términos contradictorios en tanto en cuanto medie la responsabilidad. La libertad responsable, que asume sus propios límites razonables, no pone en riesgo el bien común. Seguramente una de las lecciones aprendidas es que quizás no se han empleado suficientes recursos en capacitar a los ciudadanos para ejercer la responsabilidad. Las Escuelas de Salud de las comunidades autónomas pueden jugar un papel relevante, cimentando esa necesaria corresponsabilidad y la mencionada alfabetización en Salud Pública⁽⁴⁾. El nuevo paradigma en salud sitúa la influencia de los ciudadanos en las decisiones con impacto colectivo en un lugar determinante, por lo que es imprescindible que se les tenga en cuenta en la búsqueda activa de soluciones conjuntas. Dirigirse a los ciudadanos

desde el autoritarismo o el infantilismo no favorece la cooperación necesaria para alcanzar el beneficio común.

LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN

Un aspecto ético clave es el tipo de atención en el modelo de organización. En esta crisis ha primado el valor “vida” como valor único sobre todas las cosas, y esto ha supuesto un giro contrario al que venía dándose en las organizaciones sanitarias, es decir, el salir de lo “*medicalocentrista*” para incorporar estrategias de organizaciones centradas en las personas⁽¹⁸⁾. En la crisis se ha dado poca importancia a las personas, a la intimidad, a la privacidad, al cuidado físico y emocional. Los pacientes han sufrido soledad, aislamiento, miedo y/o desesperanza, problemas que habitualmente abordan las enfermeras, pero en la crisis éstas han estado más dedicadas a aspectos del ámbito biologicista y más centradas en el valor “vida” y en la enfermedad. Las videollamadas han servido de válvula de escape⁽¹⁹⁾, si bien su ejecución ha sido desigual porque su gestión requería de una dedicación que en algunos hospitales no era posible. El aprendizaje aquí ha sido que este ámbito del cuidado personal ha sido sacrificado, lo que ha supuesto sufrimiento por falta de cercanía y presencia cuidadora en momentos de gran incertidumbre⁽²⁰⁾.

EL RETO DE LA EQUITAD

La comunidad científica mundial ha emprendido una carrera en busca de tratamientos y vacunas eficaces y seguros, y esto nos sitúa ante el gran reto de superar la debilidad de instituciones como la OMS o la Comisión Europea para asegurar la equidad en el acceso y el fortalecimiento de los sistemas de salud⁽²²⁾. La equidad aplicada a la gestión de esta pandemia requiere un análisis que dé lugar a las mejores respuestas en base a las necesidades de las personas, y actuar en el

marco de un sistema sanitario orientado a evitar las desigualdades en el estado de salud. Esto pasa por asegurar el acceso a la Atención Primaria y por prestar especial atención a la disminución de esta accesibilidad, ya que cuando esto sucede lo hace de manera asimétrica, y las personas afectadas por desigualdades sociales sufren más esta reducción o falta de accesibilidad.

Como conclusión, nos gustaría señalar que el debate sacado a la luz en la pandemia por el N1H1 sobre la magnitud y naturaleza de las decisiones colectivas e individuales tomadas en todos estos ámbitos persiste. Respondiendo a la pregunta que nos planteábamos inicialmente sobre lo aprendido en esta década, parece que la respuesta es “*no lo suficiente*”. Pese a haber revivido situaciones planteadas hace once años, los dilemas han sido los mismos. De hecho, tras haber superado la denominada “primera ola” de la crisis por COVID-19 en España, parece que en la segunda ola están resurgiendo de nuevo los dilemas relativos a las nuevas restricciones de la movilidad, el colapso de la Atención Primaria, la saturación informativa, etc. Arias⁽¹⁾ instaba a demostrar los principios éticos (justicia, solidaridad, equidad, transparencia y reciprocidad), tanto a nivel nacional como a nivel europeo y global en los planes de respuesta a una pandemia, y creemos que ésta debe ser una de las premisas de los futuros planes de respuesta ante crisis sanitarias pero incluyendo las lecciones aprendidas.

Todos los aspectos descritos en nuestro análisis han generado debate y toma de decisiones complejas durante la pandemia por la COVID-19, y este debate se ha desarrollado en las esferas científica, social y política, generando en ocasiones tensiones por las discrepancias habidas en los criterios de las mismas. En este contexto cabe mencionar que una oficina parlamentaria de asesoramiento científico y tecnológico ayudaría a enriquecer el ecosistema científico-político en España⁽²²⁾.

En definitiva, debemos tener en cuenta que para el abordaje de una crisis sanitaria como la presente es necesario hacerlo no solo con las mejores evidencias disponibles sino con la perspectiva de los principios éticos básicos, y con ánimo de aprender a mejorar nuestra capacidad de respuesta ante posibles futuras crisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Bohigas P. La ética durante las crisis sanitarias: a propósito de la pandemia por el virus H1N1. *Revista Española de Salud Pública*. 2009;83(4): 489-491 . <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3063755>
2. Lewnard J, Lo N. Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020; 20(6): 631-633 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30190-0)
3. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu A, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G, Siebert U, Christof C, Zachariah C, Gartlehner G. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD013574. DOI: 10.1002/14651858.CD013574
4. Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud Pública de México* 2020; 62 (3). Disponible en: saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11408. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/11408>
5. Mahase E. Coronavirus: global stocks of protective gear are depleted, with demand at “100 times” normal level, WHO warns. *BMJ*. 2020;368:m543.
6. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin M, Zapata L et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Medicina Intensiva*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medint.2020.04.006>. En prensa.
7. Santillan-Garcia A. Evidencia viva frente al SARS-CoV-2. *Medicina Intensiva*. 2020; DOI: 10.1016/j.medint.2020.04.012. En prensa.
8. Santillán-García A, Bravo-Jeria R, Verdugo-Paiva F, Rada G. Evidencia viva como respuesta a las controversias en el uso de antimaláricos en COVID-19. *Revista Española de Cardiología*. 2020; DOI: 10.1016/j.recresp.2020.05.001
9. Gérvas J. El asunto Tamiflú/Relenza, la salud pública y algunas lecciones para la decisión y la ética. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014 Dic [citado 2020 Mayo 26]; 40(4): 334-348. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400009&lng=es
10. López Navarro MT. Crónicas de una pandemia. Narrativas- Covid. *Coviviendo* [web en Ciberindex], 27/05/2020. Disponible en: http://www.fundacionindex.com/fi/?page_id=1410
11. ‘Ni héroes ni mártires’: la protesta de sanitarios que recuerda la necesidad de cuidar de quien nos cuida https://www.lasexta.com/noticias/nacional/ni-heroes-ni-martires-la-protesta-de-sanitarios-que-recuerda-la-necesidad-de-cuidar-a-quien-nos-cuida_202004305ead63280205c0001f7753e.html
12. Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez B, Ojeda S, Martín-Moreiras J, Ramón Rumoroso J, López-Palop R et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC: interventional cardiology*. 2020; 2:82-89. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>
13. Extnance A. Covid-19 and long term conditions: what if you have cancer, diabetes, or chronic kidney disease? *BMJ*. 2020;m1174. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1174>
14. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 Ene [citado 2020 Mayo 27] ; 83(1): 51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

85972020000100051&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rmp.v83i1.3687>

15. Bilbatua Andrés J, Mudaber J, Jiménez-Vargas D, Arrieta Angulo B. Sobre las Estrategias y Campañas de Comunicación en Salud Pública: ¿qué sabes del 2019-nCoV? *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 26 de mayo e202005052 https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/CARTA/RS94C_202005052.pdf

16. Ball P, Maxmen A. The epic battle against coronavirus misinformation and conspiracy theories. *Nature* [Internet]. 2020. [citado 2020 Mayo 27] Disponible en <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01452-z>

17. Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67, de 14 de marzo de 2020, páginas 25390 a 25400. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692

18. March J. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(5):245-247. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>

19. La Voz del Tajo. COVID-19: Videollamadas entre pacientes ingresados y sus familiares. [Internet]. 2020 [citado 2020 Mayo 31]. Disponible en: <https://www.lavozdeltajo.com/noticia/47031/castilla-la-mancha/covid-19--videollamadas-entre-pacientes-ingresados-y-sus-familiares.html>

20. Cusso RA, Navarro CN, Galvez AMP. El cuidado humanizado en la muerte por covid-19: a propósito de un caso. *Enferm Clin* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>. En prensa.

21. Orozco-Barrantes, J, Stamm A. Asegurar el acceso equitativo a las vacunas y tratamientos de COVID-19. [Internet]. 2020 [citado 2020 Octubre 01]. Disponible en: <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/17399>

22. Santillán-García A, Oliver E, Grigorian Shamagian L, Climent A, Melchor L. #CienciaenelParlamento: la necesidad de una oficina parlamentaria de asesoramiento científico y tecnológico. *Gac. Sanit*. 2020 doi: 10.1016/j.gaceta.2019.08.004. En prensa.