



1. APROBACIÓN

	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Psiquiatra	Laura Saavedra	14/04/2020	
	Psiquiatra	Carolina Alba	14/04/2020	
	Neuróloga	Patricia Quintero	14/04/2020	
	Líder Trabajo social	Mayerly Morales	14/04/2020	
	Trabajadora Social	Nohora Chaparro	14/04/2020	
	Auditor Dirección Científica	Margarita Heredia	14/04/2020	
	Líder de proyecto planeación y calidad	María del Pilar Garzón	14/04/2020	
	Subdirector Medicina Interna	Alfredo Pinzón	14/04/2020	
REVISÓ	Comité de ética Hospitalaria-presidente	Nelson Cristóbal Aristizábal	15/04/2020	
APROBÓ	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Vivían Castañeda Solano	20/04/2020	
	Gerente	Javier Mancera	21/04/2020	

2. OBJETIVO

En consonancia con las condiciones de emergencia y la necesidad de tener marcos de referencia que le permitan a los profesionales de la salud del Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), para actuar de forma adecuada en el contexto actual, se dirigen las presentes recomendaciones para la toma de decisiones –incluyen aquellas esperadas en escenarios de atención crítica–, con el propósito de (i) prevenir los sesgos en la toma de decisiones, y (ii) promover que estas sean derivadas del balance de las necesidades de los individuos, la población y los miembros de los equipos asistenciales; lo anterior, ante la necesidad de un enfoque diferencial en el estándar de cuidado habitual que permita evitar la mayor pérdida de vidas posibles en un escenario donde es necesario maximización de beneficios y la reducción de daños.

	PROCEDIMIENTO TECNICO		
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	
	NOMBRE:	TOMA DE DECISIONES ÉTICAS DURANTE PANDEMIA COVID-19	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	06DE01-V1	
			05GC04-V2

3. INDICACIONES

Con base en la declaración de la pandemia COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud (el 11 de marzo de 2020) y la declaración de la emergencia en Salud Pública en Colombia y siguiendo las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, El Instituto Nacional de Salud y la Gobernación de Cundinamarca (Circular No. 086 de 19 de marzo de 2020), se adoptan las definiciones oficiales en la materia según los lineamientos vigentes, que se entienden como dinámicos.

4. RIESGOS ASOCIADOS

No aplica

5. MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS Y SUS CONDICIONES

- Elementos de comunicación
- Talento humano

6. DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA Y RESPONSABLES

JUSTIFICACIÓN:

En reconocimiento a que la circunstancia es excepcional, ya que el actuar ético es parte integral del profesionalismo del cuidado, se buscará atender las posibles preocupaciones éticas y tensiones morales que puedan generarse en los niveles de contingencia que deriven de la crisis y el conflicto de los estándares de cuidado subsecuente; teniendo en cuenta que los profesionales de la institución serán los llamados a tomar decisiones de alto estrés moral, al tener que adherirse y promover conductas concretas basados en las circunstancias que les rodean para dar o retirar tratamientos a las personas infectadas, quienes esperan confirmación del diagnóstico y de las personas que acuden a la atención en salud por razones diferentes a la infección por COVID-19.

Una pandemia global, como la del COVID-19, puede desbordar la capacidad instalada del servicio de urgencias, la Unidad de Cuidado intermedio y la Unidad de Cuidado Intensivo y el servicio de hospitalización en pisos. Esto impacta en los recursos disponibles, tanto a nivel de estructuras, de equipamientos y de profesionales, con graves consecuencias en los resultados de los pacientes, de sus familias, de los propios profesionales de la salud y de la sociedad en general. Se produce, temporalmente, un desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos de salud.

Esta situación excepcional se debe manejar como las situaciones de “Emergencia Sanitaria” aplicando una atención de crisis excepcional basada en la justicia distributiva y en la asignación adecuada de los recursos sanitarios.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 2 de 11
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

Los principios de los estándares de atención de crisis aseguran que existen procesos justos para tomar decisiones clínicamente informadas sobre la escasa asignación de recursos durante una epidemia.

Con esto en mente se debe realizar una planificación basada en criterios científicos y en principios éticos rescatando la importancia de la participación de todos los implicados, para permitir la prestación equitativa y justa del servicio de salud a aquellos que los necesiten.

El Hospital Universitario de La Samaritana debe estar preparado para brindar el mayor beneficio con los recursos limitados y mitigar los daños a las personas, al sistema de salud y la sociedad. La planificación de atención en salud deberá desarrollar estrategias proactivas escalonadas, utilizando la información Clínica disponible y basándose en sus planes de capacidad existentes, para optimizar el uso de los recursos en caso de que el brote actual se extienda y genere demandas inusualmente elevadas de recursos.

Ante una pandemia es prioritario el “deber de planificar”. La falta de planificación en situaciones de escasez de recursos puede llevar a la aplicación inapropiada de la situación de crisis, al desperdicio de recursos, a la pérdida inadvertida de vidas, a la pérdida de confianza y a decisiones innecesarias de triaje/raционamiento.



La planificación proactiva, en la que los líderes anticipan y toman medidas para abordar los peores escenarios, es el primer eslabón de la cadena para reducir la morbilidad, la mortalidad y otros efectos indeseables de un desastre emergente.

En primera instancia es importante tener presente que el deber de cuidado es fundamental para la atención de todos los pacientes, por lo que todas las actuaciones deben tener en cuenta los derechos y las preferencias de estos, en contraste con los deberes de los profesionales quienes, dentro de una situación de emergencia, como la actual, no pueden perder de vista que los derechos y preferencias individuales de las personas pudieran verse reducidos sobre el establecimiento de la prevalencia del interés general, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo primero de la Constitución política de Colombia.

Partiendo de lo antes referenciado, se recomienda que las acciones emprendidas estén en procura de responder a:

1. No hacer daño
2. Beneficiar
3. Actuar con justicia sobre la persona en el contexto de la emergencia frente a los principios de eficiencia y equidad
4. Mantener la integridad profesional

Las acciones asistenciales en general deben propender por estrategias de preparación, conservación, sustitución, adaptación y reubicación de recursos, basadas en los principios de justicia, deber de cuidado, deber de administrar recursos, transparencia, consistencia, proporcionalidad y

	PROCEDIMIENTO TECNICO		
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	
	NOMBRE:	TOMA DE DECISIONES ÉTICAS DURANTE PANDEMIA COVID-19	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	06DE01-V1	
			05GC04-V2

responsabilidad.

7. RECOMENDACIONES (Institucionales o cuidados en casa)

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Preguntar y escuchar al paciente sobre las preferencias de cuidado, dar información transparente y objetiva, preguntarse por la posibilidad de justificar la conducta públicamente. La recomendación aplica para todos los ámbitos de atención.
2. El Hospital Universitario de La Samaritana contará con un procedimiento de triaje organizado por niveles de cuidado, según las posibilidades y la capacidad de atención de los profesionales, para responder al manejo de estos pacientes.
3. Los protocolos del triaje deben responder a las siguientes circunstancias: (i) Nivel de cuidado requerido; (ii) Inicio de soporte vital; (iii) Retiro del soporte vital; (iv) Inicio de medidas paliativas en caso de no iniciar o retirar el soporte vital.
4. Durante toda la atención debe darse información sobre la posibilidad de que se presenten limitaciones de acceso a los soportes necesarios incluido al personal de salud; lo anterior puede limitar los derechos individuales o preferencias, esto debe ser informado al paciente y su familia para que les permita entender que bajo la emergencia, puede presentarse una circunstancia que en condiciones habituales pudiera ser reversible de ser tratada pero en el contexto actual los recursos pueden verse trágicamente limitados, sin que esto implique abandono en el cuidado.
5. Se debe procurar no tomar decisiones a solas, sino utilizar los procedimientos de cuidado de la institución. Se recomienda, además, revisar la decisión con otras personas del equipo y dejar claro registro en la historia Clínica.
6. En el caso de requerirse el actuar en un escenario de escasez y deber de racionar los recursos –físicos, de personal y tecnológicos–, se recomienda se promueva la redistribución de los recursos de forma justa prestando atención a que sean ubicados sobre las personas que más se van a beneficiar. Esto incluye medios de protección y desinfección para las personas que garantizan la atención.
7. Se debe hacer una prioridad el tratar a quienes se benefician de ser tratados, y garantizar alivio y apoyo a quienes no podrán recibir tratamiento específico. Los pacientes con cuadros severos que no se benefician del cuidado avanzado, así como aquellos que se encuentran con requerimientos de soportes avanzados sin posibilidad de recuperación, a pesar de haber llegado primero a la atención, pueden ser sujetos de una adecuación de los esfuerzos terapéuticos con el propósito de permitir el cuidado de otros.
8. En caso de situaciones específicas se debe consultar con el Comité de ética Hospitalaria para los casos que de forma concreta puedan superar las recomendaciones.
9. El proceso de información para el cuidado de la enfermedad debe incluir, la información sobre el ejercicio de derechos al final de la vida incluyendo la adecuación de los esfuerzos terapéuticos y la suscripción de documentos de voluntad anticipada. La consulta y revisión de existencia de estos debe hacerse en lo posible desde el ingreso del paciente, y cuando exista, debe documentarse y anexarse en la historia clínica. Si la voluntad anticipada se toma durante la hospitalización, también debe registrarse claramente en la historia clínica.
10. Ante la circunstancia concreta de rechazo terapéutico de cuidados específicos, se debe buscar garantizar los procesos de cuidado y alivio sintomático, y la ubicación del personal de salud que pueda vigilar y acompañar los desenlaces previsibles.

Estado de documento: VIGENTE	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 4 de 11
-------------------------------------	--	-----------------------	-----------	----------------------------	-----------------------

11. Desde el ingreso y dada la restricción de visitas durante la estancia hospitalaria, se establecerán líneas de comunicación de los pacientes con sus familiares cuando las circunstancias así lo permitan, aclarándoles que es probable que, de empeorar la condición del paciente o la situación de atención, ese sea el último contacto con sus familiares, para que ellos tomen las medidas correspondientes.
12. Ante la posible circunstancia de pacientes sin capacidad para la toma de decisiones, por deterioro del estado general o requerimiento de aislamiento, en el cual no se puede contactar a su representante o acudiente, conduzca la toma de decisiones teniendo en cuenta la prioridad de no hacer daño y la modificación en las condiciones de disponibilidad de los recursos en caso de presentarse deterioro. Recuerde que esta situación debe preverse y debe ser informada al paciente y sus representantes desde la admisión, enfatizando que recibirá un cuidado individualizado y cálido, que incluye medidas médicas y de apoyo psicosocial y espiritual.

Es prioridad la seguridad del personal de salud que atiende directamente a los pacientes, los recursos de protección deben ser garantizados de forma continua para mantener la disponibilidad de personal, debe prevenirse el desborde de los servicios por agotamiento o retiro de los profesionales de forma autónoma ante el riesgo de contagio y enfermedad, en consecuencia, considere la reorganización de la planta disponible.

RECOMENDACIONES PARA LOS ESCENARIOS DE ATENCIÓN CRÍTICA

Tenga en cuenta que las atenciones en las unidades de cuidado crítico en condiciones de normalidad se enfocan en el paciente y no en el rango de lo público, y el efecto de las intervenciones en la distribución del recurso, por lo tanto, ante la emergencia se debe responder a un cambio en el paradigma de atención, por lo que, los equipos deben contar con recomendaciones concretas para la reubicación de los recursos en concordancia con su realidad contextual y territorial, para evitar la toma de decisiones individualizadas y heterogéneas que deriven en un conflicto de valores sobre lo que se considera correcto en condiciones de no emergencia, y con ello generen mayor estrés moral en los profesionales.

Las siguientes recomendaciones aplican para todos los pacientes críticos, en términos de admisión y salidas, y se sugiere sean ejecutadas tanto en las unidades de cuidados intensivos como en los espacios que se habiliten de forma extraordinaria para la garantía de tales soportes.

Se listan a continuación las referencias generales para el proceso de toma de decisiones en el escenario de distribución de recursos limitados y/o escasos:

1. Los procedimientos deben tener como objetivo tomar decisiones frente al ingreso o no a las unidades a partir de variables predeterminadas como la edad, las comorbilidades, la fragilidad, la posibilidad de supervivencia sin enfermedad, la posibilidad de supervivencia con enfermedad, la gravedad del cuadro y la posibilidad de requerimientos prolongados del soporte, y en caso de ser necesario hacer referencia al valor instrumental de profesionales de la salud, y ser explícitos en la transparencia de no priorización por indicación administrativa o

recomendaciones individuales de terceros.

2. Ante la necesidad redistribuir y asignar recursos como soportes ventilatorios se debe actuar con parámetros claros y previamente definidos, que permitan priorizar de forma proporcional la asignación de estos, y que sean respetados por todos, de la misma manera que se establecen reglas específicas para el ingreso a la unidad.
3. Todos los casos ingresados a este ámbito del cuidado deben incluir un plan de adecuación de esfuerzos terapéuticos como escenario de atención según evolución y el inicio de sedación paliativa con reubicación del paciente –de ser necesario–, que pueda ser respetado por todos los que participan en la atención.
4. Los criterios de desescalamiento por deterioro clínico y de adecuación de los esfuerzos terapéuticos, incluyendo la sedación paliativa deben ser claros desde el ingreso para todas las partes: el paciente, representantes y familia, y otros miembros del equipo asistencial.
5. En el contexto de evolución de la pandemia, se reconoce la posibilidad y necesidad de realizar investigaciones clínicas en los pacientes diagnosticados con COVID-19. La realización de tales investigaciones debe guardar todos los parámetros establecidos por la normativa vigente en el país frente a investigaciones Clínicas y consentimiento informado, sin perjuicio de los criterios de atención, parámetros de beneficio mínimo, proporcionalidad, justicia distributiva del recurso y oportunidad de la atención.

Los criterios clásicos de ingreso en UCI se pueden dividir en un modelo de 4 prioridades:

Pacientes con Prioridad Uno (1): Serán pacientes críticos e inestables. Necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva o soporte cardiovascular).

Pacientes con Prioridad Dos (2): Pacientes que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. Son pacientes que no estarán ventilados de forma invasiva, pero con altos requerimientos de oxigenoterapia con PaO₂/FiO₂ menor de 200 o menor de 300 con fracaso de otro órgano.

Pacientes con Prioridad Tres (3): Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos como, por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar.

Pacientes con Prioridad Cuatro (4): Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

NECESIDAD DE SEGUNDA PRIORIZACIÓN DE PACIENTES CON SARS-COV2 PARA INGRESAR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS EN SITUACIÓN DE ESCASEZ DE RECURSOS

Ante posible situación de aumento de demanda de atención en unidades de cuidados intensivos que sobrepase la oferta, se hará imprescindible una selección de pacientes. Para poder realizarla, debe existir una estrecha colaboración con los servicios que estén implicados en la atención de estos pacientes con Prioridad 1 y 2. Los pacientes de Prioridades 3 y 4 no ingresarán en unidades de cuidados intensivos o críticos.

Para esta segunda priorización de selección se considerarán criterios tales como:

- Edad
- Comorbilidades
- Fragilidad
- Escala de Barthel
- Adherencia previa a los tratamientos instaurados
- Soporte familiar y social
- Voluntades anticipadas

Como siempre, se debe valorar el paciente de forma global y no la enfermedad de forma aislada, ya sea COVID-19 o no, idealmente a través de un grupo multidisciplinario (junta médica) que valore cada caso con suficiente anticipación a la posible situación crítica fatal. Es conveniente establecer desde el ingreso el beneficio de medidas invasivas y de reanimación avanzada e indagar si el paciente tiene voluntades anticipadas firmadas y considerar sus instrucciones.

Ante dos pacientes similares, se recomienda priorizar a la persona con más años de vida ajustados por calidad (*Quality-Adjusted Life Year*), el cual es un indicador combinado del estado de la salud que aúna cantidad y calidad de vida, busca priorizar la mayor esperanza de vida con calidad. En personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada.

Debe tenerse en cuenta factores como las personas a cargo del paciente y el valor social de la persona enferma para tomar decisiones maximizando el beneficio del máximo de personas.

Las medidas relacionadas con los medicamentos, terapias o tecnologías que se hacen insuficientes deben responder también al principio de justicia distributiva y a una adecuada valoración ética de la relación riesgo-beneficio en cada paciente.

Con base en las consideraciones previas, se determinará con anticipación una priorización de selección de manejo intensivo a pacientes de las

Prioridades 1 y 2, utilizando dos denominaciones:

PRIORIDAD A (manilla de color AZUL): tendrá la primera opción de recibir la atención invasiva.

PRIORIDAD B (manilla de color NARANJA): tendrá la segunda opción de recibir la atención invasiva, y si no estuviera disponible, se le propondrá manejo paliativo (ver documento “Manejo paliativo en pacientes con COVID-19”).

La voluntad anticipada está regulada en la Resolución 2665 de 2018. Para su validez debe registrar fecha y ciudad de expedición, nombre completo, documento de identificación, indicación concreta y específica de que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y libre de toda coacción, y que conoce y está informado sobre las implicaciones de su declaración y la manifestación específica, clara, expresa e inequívoca respecto a sus preferencias en relación al cuidado futuro de su salud e integridad física, así como indicaciones concretas de su cuidado y preferencias al final de la vida, que considere relevantes en el marco de sus valores personales, su entorno cultural, sus creencias religiosas o su ideología, y la firma del paciente. En el contexto mundial y nacional actual será suficiente la formalización del documento ante el médico tratante y se debe consignar esto en la historia clínica.

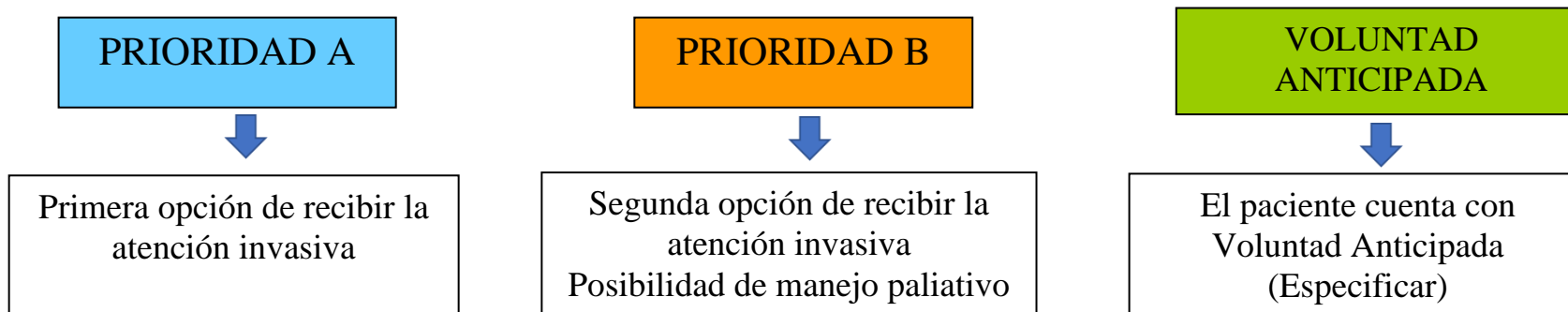
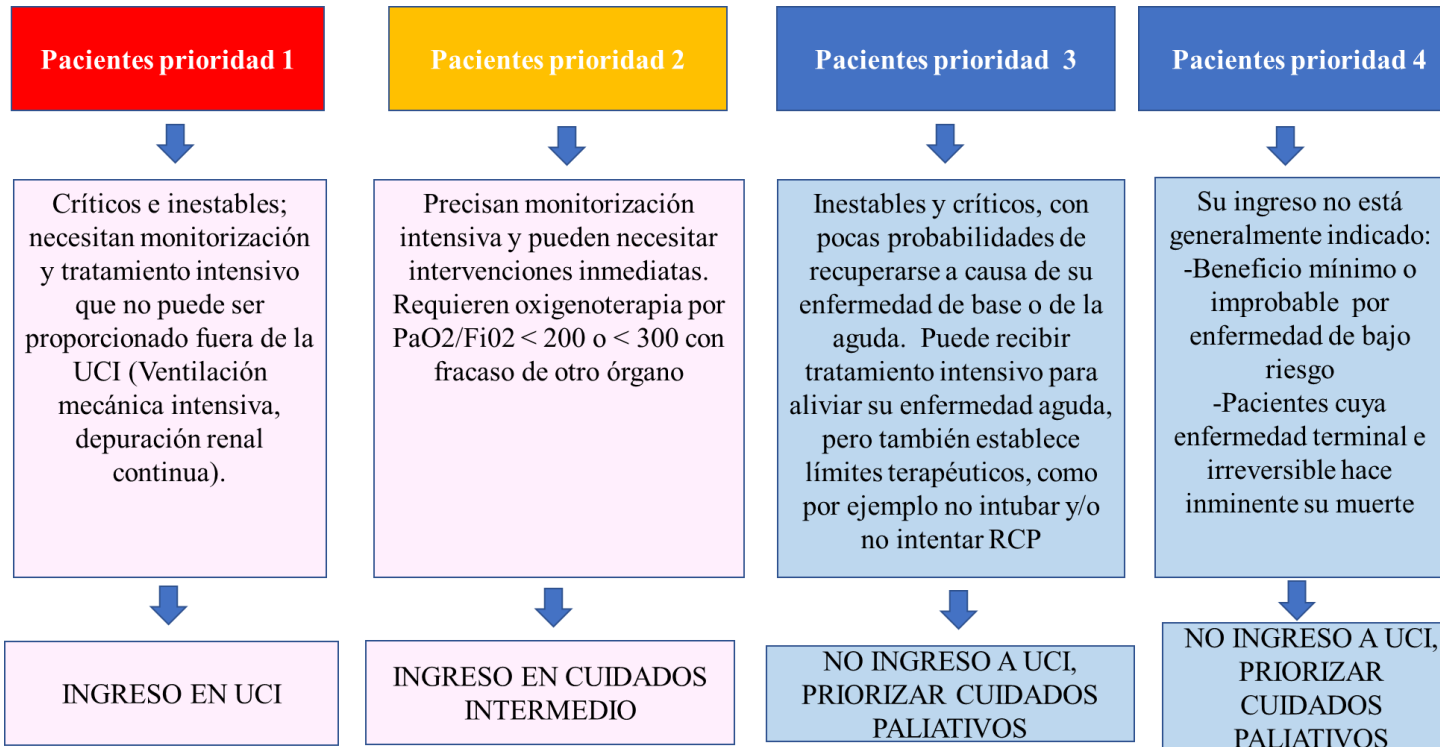
Si el paciente tiene una voluntad anticipada válida de limitación de esfuerzo terapéutico o de no recibir maniobras invasivas, debe ser claramente identificado en la historia clínica y en el sitio de atención para que el grupo tratante cumpla esta voluntad. Dicha claridad debe hacerse por cuatro (4) mecanismos:

- Anotación clara en la Historia Clínica que constate en qué consiste la voluntad anticipada.
- Manilla personal de color VERDE con enunciado: “Voluntad Anticipada”.
- Letrero en la cabecera de la cama con identificación del paciente y enunciado: “Voluntad Anticipada”.
- Documento físico de voluntad anticipada conservado en el porta-historias, cuando dicho documento esté disponible.

Las decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, idealmente, deben consensuarse con el paciente y/o familiares, pero en situación de crisis, si no hay posibilidad de consensuar las decisiones, el garante de la toma de decisiones es el equipo médico tratante del paciente.

Se recomienda contactar al Comité de ética hospitalaria del Hospital en los casos en que se prevén conflictos o que se requiere de ayuda en la resolución de estos, como por ejemplo conflictos de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares e institución) relacionados con la toma de decisiones. Se recomienda a la institución apoyar al Comité de Ética hospitalaria.

FLUJOGRAMA:



Consulte la siguiente normatividad adicional:

1. Definición Resolución 229 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20229%20de%202020.pdf
2. Los documentos de **voluntad anticipada** deberán ser suscritos en caso de ser necesarios de acuerdo con lo establecido por la Resolución 2665 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
3. Debe tener en cuenta los parámetros de la Resolución 2665 de 2018 para los suscritos después de junio del 2018, y la Resolución 1051 de 2015 Disponible en
4. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201051%20de%202016.pdf

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. **GIPS13** Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.
2. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos de la, Madrid, España, marzo 2020. <https://semicyuc.org/covid-19/>
3. Declaración del Consejo Nacional De Bioética con ocasión de la emergencia sanitaria nacional e internacional por la pandemia de COVID-19, Colombia, marzo 19 de 2020.
4. Beca JP and Salas SP: Problemas éticos y de salud planteados por la reciente epidemia de Ébola: ¿Qué debemos aprender? Rev. Med Chil. 2016; 144(3): 371–6. doi: 10.4067/S0034-
5. Kinlaw K, Barrett DH, Levine RJ. Ethical guidelines in pandemic influenza: recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee of the Director, Centers for Disease Control and Prevention. Disaster Med Public Health Prep. 2009;3 Suppl 2:S185-92. doi: 10.1097/DMP.0b013e3181ac194f
6. Thompson, A.K., Faith, K., Gibson, J.L. et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. BMC Med Ethics 2006; 7, 12. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-12>
7. The Hastings Center, 2020. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID- 19. Enlace de descarga:
<https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
8. Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis. Instituto Borja de Bioética. Marzo 2020- Enlace de descarga:
<https://drive.google.com/file/d/1igcjSbDtB-BdPUDeiYF6IFag6A9R2ykH/view>

9. Rosenbaum, L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. The New England Journal of Medicine, Marzo 18 de 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2005492 Enlace de descarga: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>
10. Truog, Robert D., Mitchell, Christine., R.N., Daley, George Q., The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. The New England Journal of Medicine, Marzo 23 de 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2005689 Enlace de descarga: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689?query=recirc_curatedRelated_article
11. Centro de recursos éticos en COVID-19. AMA Journal of Ethics. Enlace de consulta: https://journalofethics.ama-assn.org/covid-19-ethics-resource-center?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=3197705779&utm_campaign=ethics&Effort+ Code=FBB007
12. Instituto Borja de Bioética. Recursos éticos sobre el coronavirus COVID-19
Enlace de consulta: <https://www.iborjabioetica.url.edu/es/comunicacion/recursos-eticos-sobre-el-coronavirus-covid-19>
13. Pinto, B., Gómez A., Castillo, A., Antonio, N., Principios éticos para afrontar la pandemia en Colombia, disponible en <https://razonpublica.com/principios-eticos-afrontar-la-pandemia-colombia/>

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	ITEM MODIFICADO	JUSTIFICACION
01	14/04/2020	NA	Se crea como resultado de la condición de emergencia y la necesidad de contar con un marco de referencia para la toma de decisiones éticas en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) y sus sedes adscritas. Por lo tanto, es un procedimiento que apoya a los profesionales frente a las preocupaciones éticas y las tensiones morales que presenten durante la pandemia Covid 19 en la Institución.