

Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares

Drs. Jeiv Gómez,¹ Carlos Cabrera,² Grupo de Especialistas “Red Covid-19 y Gestación

RESUMEN

La pandemia por la enfermedad covid-19, causada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y su presentación en el transcurso del embarazo conlleva un gran desafío a los sistemas de salud de América Latina en medicina materno-fetal. Las consideraciones bioéticas preliminares en una región marcada por una profunda desigualdad, en búsqueda de la equidad como valor nuclear en el plano colectivo, así como del respeto inherente a la dignidad humana en el plano individual, respecto a la salud pública, la atención a la salud y la investigación por los miembros del equipo de salud en medicina materno-fetal son diversas en un escenario de alta complejidad. La transdisciplinariedad es una necesidad surgida del grave problema que representa la covid-19, en el cual solamente con la integración, la cooperación y la solidaridad de todos se pueden conseguir los recursos, el conocimiento y la voluntad para estar a la altura de las circunstancias.

Palabras clave: Coronavirus, Covid-19, Embarazo, Bioética, América Latina.

SUMMARY

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and its clinical presentation during pregnancy represents a huge challenge to health systems in maternal fetal medicine on Latin America with preliminary bioethical considerations in a region with marked equality disturbances, in search for equity as a center value on a collective level, as much as respect to human dignity in an individual level, regarding public health, health care and investigation by members of the health team in a high complexity situation.. Transdisciplinary is a necessity born from the grave trouble that COVID-19 represents, which only with integration, solidarity and cooperation of everybody involved will be possible to find the resources, knowledge and will needed to match up the present circumstances.

Keywords: SARS-CoV-2, Pregnancy, Bioethics, Latin America.

INTRODUCCIÓN

Una de las preguntas más inquietantes para cualquier profesional o participante en las disciplinas dedicadas al cuidado de la salud en medicina materno-fetal en América Latina tiene la siguiente formulación: ¿Está el equipo de salud en medicina materno-fetal y el sistema sanitario realmente preparado para los grandes desafíos de la práctica profesional en los tiempos actuales?

Evocando a Kant (1) en su Canon de la Razón pura,

la interrogante previa se relaciona con las célebres tres preguntas formuladas en relación con los intereses de la razón: “¿qué puedo saber?, ¿qué debo hacer?, ¿qué me es permitido esperar?

Por ello, citando a León (2), para responder las preguntas anteriormente referidas se debe recordar que la medicina será siempre una práctica social con profunda e imprescindible orientación humanística y moral. El inusitado avance de la ciencia y la técnica, al ampliar la capacidad para intervenir en los procesos que determinan o modifican la vida de los individuos o la sociedad, aumenta en igual proporción, la necesidad de subordinar su uso a las nuevas exigencias éticas.

Toda decisión médica conlleva una decisión ética que requiere la elaboración de juicios de valor además de

¹Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología, Medicina Materno Fetal. Coordinador del Programa de Especialización en Medicina Materno Fetal, Universidad Central de Venezuela. Sociedad de Medicina Materno Fetal. Caracas, Venezuela. ²MD.PhD. Director del Programa de Especialización en Medicina Materno Fetal. Universidad Central de Venezuela. Sociedad de Medicina Materno Fetal. Caracas, Venezuela.

los juicios racionales por lo que las consideraciones bioéticas en todo escenario relacionado con la medicina materno-fetal, debe aunarse al profesionalismo médico con sus cuatro componentes (conocimiento especializado, autonomía en la toma de decisiones, compromiso de servicio social y autorregulación).

Como han mencionado previamente Cabrera y col. (3), la concepción actual de la Medicina Materno Fetal (MMF) nace de la necesidad de abordar la vigilancia anteparto e incluso desde el periodo preconcepcional, del binomio madre-feto. Para ello, se debe disponer de recursos clínicos y paraclínicos diversos, incluyendo parámetros bioquímicos y hormonales, radiológicos, ecográficos (*doppler* y volumetría), electrónicos, datos del líquido amniótico, de forma tal que permitan disminuir considerablemente la morbimortalidad materno-fetal. De esta forma, un curso adecuado de acción de todo profesional de la salud relacionado con la atención de la paciente gestante en América Latina, debe contemplar las acciones ante toda patología potencial o presente que influyan favorablemente en los indicadores de salud materno-fetales, utilizando para ello los avances tecnológicos apropiados accesibles y adaptados a la realidad de la región. En estos primeros 20 años del siglo XXI, la “aldea global” en que ha devenido la sociedad en red, también denominada “sociedad del conocimiento” o “de los saberes compartidos”, se ha caracterizado por la instauración paulatina de 3 ejes, como son la globalización, el multiculturalismo y la rehumanización, se ha modificado por ello, dando soluciones compartidos a desafíos comunes de estructuración cada vez más compleja, entendiendo el respeto a la diversidad como un derivado del respeto a la dignidad humana (4). Por ende, la actividad de los profesionales de la salud en MMF, también se ha modificado en función de ello de forma cada vez más cambiante, más allá de los principios convencionales que deben guiar el juicio y la práctica clínica, particularmente en la investigación materno-fetal, donde permanecen como pilares de conducta, la asesoría materna individualizada sobre el manejo clínico de los embarazos, tomando en cuenta la identificación y equilibrio de las obligaciones basadas en el beneficio para el feto, así como en el beneficio y la autonomía para la madre (5). El perfil de educación del equipo de salud, relacionado con el cuidado de la gestante en el contexto de la relación prestador-usuario de servicios en MMF, ha cambiado con el uso de la

medicina basada en evidencias (MBE) en la era del *Big Data* y las redes sociales, junto con otras tecnologías de información y comunicación (TIC), la estrategia de aprendizaje basado en la simulación y el uso corriente de guías o protocolos de práctica clínica en medio de aumento generalizado de costos, mayor demanda de servicios y la pléyade de novedosos procedimientos reportados diariamente, con el desafío permanente de afrontar la inequidad latinoamericana (3).

Para ilustrar a grandes rasgos lo que significa la mencionada inequidad en la región, según el informe anual del *Oxford Committee for Famine Relief* (OXFAM), (6) en América Latina y el Caribe el 20 % de la población concentra el 83 % de la riqueza. El número de millonarios en la región ha pasado de 27 a 104 desde el año 2000. En grave contraste, la pobreza extrema está aumentando. En 2019, 66 millones de personas, es decir, un 10,7 % de la población vivía en extrema pobreza, de acuerdo a datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (6). En América Latina y el Caribe, aun cuando las mujeres logran conseguir y mantener un empleo, están en condiciones precarias: el 49 % de las mujeres empleadas en la región, ganan menos del salario mínimo mensual correspondiente a su país. Las mujeres también constituyen dos terceras partes de la mano de obra que se ocupa del trabajo de cuidados remunerado. Empleos como el de enfermeras, trabajadoras del hogar o cuidadoras a menudo están mal remunerados, proporcionan escasos beneficios, conllevan un horario irregular y pueden suponer un importante desgaste físico y emocional. Se estima que las mujeres y niñas dedican al trabajo de cuidados no remunerado 12 500 millones de horas diariamente, lo que supone una contribución a la economía global de al menos 10,8 billones de dólares anuales, una cifra que triplica el tamaño de la industria mundial de la tecnología. Un incremento de tan solo el 0,5 % adicional al impuesto a la riqueza del 1 % más rico de la población durante los próximos 10 años, permitiría recaudar los fondos necesarios para invertir en la creación de 117 millones de puestos de trabajo de cuidados en sectores como la educación, la salud, el cuidado infantil y la asistencia a las personas mayores (6).

Con este marco de referencia, con las particularidades correspondientes al sistema sanitario de cada país

respecto a la medicina materno fetal con sus fortalezas y debilidades, debe considerarse en el tope de la lista y enmarcado en rojo entre los desafíos a enfrentar este año en toda la región la emergencia de la pandemia conocida como covid-19 (o enfermedad originada por un coronavirus de aparición en 2019), con reportes de casos desde noviembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China (7-11). Los casos clínicos comenzaron en personas que visitaron el mercado de Wuhan donde expendían animales vivos, serpientes, mariscos y otros animales exóticos y de granjas. Dicha situación fue notificada formalmente por las autoridades sanitarias de la República Popular de China a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de diciembre de 2019 (7-11). Dicho agente infeccioso, un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), con salto de barrera interespecie, pese a que está establecido que los murciélagos son huéspedes reservorios, a la fecha se desconoce el reservorio intermediario, hipotéticamente se ha teorizado en especies de animales como las serpientes y más recientemente el pangolín (8, 12). En los siguientes meses, viajeros infectados han exportado el virus a escala global con transmisión comunitaria en varios países y continentes. La perspectiva en términos generales para América Latina podría resumirse en lo enunciado por Esparza (7): La pandemia de covid-19 apenas se está iniciando y probablemente lo peor está por venir. Aunque se debe esperar lo mejor, hay la obligación de prepararse para lo peor. Lo que hace necesario responder con energía a la epidemia de la covid-19 no es tanto lo que se sabe sobre ella, sino lo que no se sabe. El comportamiento epidemiológico de la covid-19 es diferente en cuanto a tasas de ataque y letalidad según el país y la región afectadas; por tanto, los escenarios a plantear para la preparación de los sistemas sanitarios en sus distintos niveles de atención son de lo más diversos, como sucede por ejemplo en China, donde la provincia de Hubei difiere considerablemente del resto del país (13). Aunque se está en etapa inicial para conocer las implicaciones de la covid-19 sobre el embarazo, parto y puerperio, ya hay reportes sobre gestantes con infección covid-19 con repercusiones sobre el embarazo y caracterización clínica, radiológica y paraclínica, en comparación con pacientes no embarazadas (14-16). Para el 26 de marzo de 2020, el reporte de la situación de la pandemia OMS refería la presencia del SARS-CoV-2 en 35 países del continente americano con 75 712 casos confirmados y

1065 muertes de un total en todo el globo terráqueo de 462 384 casos confirmados con 20 834 muertes (17). Para finales de marzo de 2020, de lo aportado con actualización cada 24 horas por el *Johns Hopkins CSSE data* se estima que dichas cifras aumentan hasta en un 35 % diario después que un país alcanza el número de 100 casos confirmados, si bien el uso de escala logarítmica puede comparar más el crecimiento de la pandemia entre países, el uso de escala lineal permite evaluar el impacto humano real (18).

El Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (19), elaboró una orientación ética sobre dilemas planteados por la pandemia de la covid-19 en 3 áreas a saber: salud pública, atención de la salud e investigación. Los autores estiman pertinente agregar a las consideraciones preliminares con relación a la gestante, desarrollar el uso de redes sociales (RS).

DESARROLLO

Bioética y salud pública

Ante la situación, desde la visión bioética anglosajona, Emanuel y col. (20) ya describen la capacidad sanitaria de los Estados Unidos de América, un país con 5918 hospitales comunitarios y 209 federales con 96 500 camas de cuidados intensivos, de las cuales 23 000 son neonatales y 5100 pediátricas con 62 000 ventiladores de los cuales un rango entre 10 000 a 20 000 están permanentemente en uso. Se ha calculado que la capacidad del sistema sanitario con un porcentaje del 5 % de la covid-19 (escenario moderado), ameritaría 960 000 ingresos a unidades de cuidados intensivos. Es de prever que la capacidad de los sistemas sanitarios en la región en obstetricia crítica pueda verse igualmente afectada de alcanzar dichas proporciones, afectando de igual forma a la población susceptible de las embarazadas. Se desconoce si los factores hormonales propios del embarazo, les confieren cierta protección y muchas pudieran presentar enfermedad subclínica y solo un porcentaje pequeño presentar enfermedad grave o si el número de embarazadas expuestas al SARS-CoV-2 sería bajo (8, 21). Desde el punto de vista clínico la gestante suele tener infecciones respiratorias de mayor gravedad en contraposición a las no gestantes, relacionadas con evolución adversa del embarazo y

alta morbimortalidad materno-fetal por los cambios fisiológicos del embarazo tales como actividad reducida de las células *natural killer*, los macrófagos inflamatorios y las células T, con factores mecánicos y bioquímicos afectando el intercambio gaseoso y la función pulmonar con capacidad residual funcional y volumen residual disminuidos especialmente en el tercer trimestre.

Emanuel y col. (20), refieren que los valores bioéticos para la asignación de recursos sanitarios escasos en medio de la pandemia debieran ser los siguientes:

- a) Maximizar beneficios: salvar la mayor cantidad de vidas, maximizar la prognosis (salvar la mayor cantidad de años de vida) tienen la mayor prioridad.
- b) Tratar a las personas igualitariamente: No se debería usar la pauta *first- come, first served* sino en cambio la selección aleatoria, utilizada en pacientes con pronóstico similar.
- c) Promover y recompensar el valor instrumental (beneficio a otros): en forma retrospectiva, dar prioridad a aquellos que han hecho contribuciones relevantes; en forma prospectiva, dar prioridad a aquellos que más probablemente harán contribuciones relevantes. En otras palabras, dar prioridad a los participantes en investigaciones, cuando otros factores como el maximizar beneficios son iguales.
- d) Dar prioridad a lo peor: Las pautas de priorizar a los más enfermos y a los más jóvenes se usan cuando están alineadas con los mayores beneficios, en particular el polémico punto de los más jóvenes primero si puede prevenir la diseminación del virus.

La bioética anglosajona no aporta soluciones a las realidades iberoamericanas en salud pública por múltiples razones, entre las que están modelos diferentes de sistemas de salud (consecuencia de modelos políticos diferentes) y brechas socioeconómicas mayores. Desde finales del siglo XIX, la salud pasó de ser una cuestión privada a un problema público, por asociación directa, una cuestión también política. Por ende, la sanidad y política se confunden comúnmente en la expresión “política sanitaria”, la salud pública se funde de continuo con las políticas sanitarias de cada país a nivel local,

regional o nacional. Partiendo de la realidad inapelable maximizada en la presente pandemia, en la que en salud pública se debe lograr la asignación de recursos escasos (momento teleológico también conocido como utilitarista) en consonancia con los principios (momento deontológico) (22, 23).

Sobre lo que constituye las realidades de la aplicación de políticas sanitarias en situaciones de pandemia, la reflexión del Centro Hastings permanece vigente: “El abordaje tradicional del análisis de costos-beneficios excluye consideraciones formales de efecto distributivo, del tipo de la equidad y la justicia. Aunque existen discrepancias entre los economistas sobre cómo resolver este problema, es probable que las consideraciones de equidad continúen siendo subestimadas en la práctica”. En otras palabras, en los temas relacionados con la justicia distributiva sanitaria, la ética desatiende a la economía y la política, y estas, por su parte, prescinden de la ética cuando optan por suplantarla (22, 23).

La cuestión en torno a la bioética en salud pública pasa a estar alrededor de la justicia sanitaria también conocida como justicia distributiva que debiera manejar la equidad como valor nuclear acorde a lo expuesto por Lolas (24) dentro de su concepción de macrobioética, relacionada a las decisiones que se deben tomar a nivel colectivo en contraste con las de la microbioética, relacionada a lo individual. A lo largo de la historia se han desarrollado diversos conceptos de la justicia sanitaria bien sea como proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social o bienestar colectivo (22). La reflexión bioética debe ser componente de mención obligatoria, en lo relacionado con los determinantes macrosociales relacionados con la infección por SARS-CoV-2 y sus perturbaciones (25, 26). Es válida para efectos de la toma de decisiones en la pandemia el enfoque de Peguero (26), para quien la salud pública exige una responsabilidad social sobre la salud de todos que supera lo relacionado con las políticas sanitarias. Enfatiza la responsabilidad compartida entre el estado y los grupos para mantener y proteger la salud de la población durante la pandemia, quedando implícita la lucha en contra de las desigualdades injustas, innecesarias y evitables, necesaria para alcanzar el bienestar social como parte de la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS) (27), clasifica las áreas de acción de la bioética según el tipo de actividad en salud como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Clasificación de las áreas de acción de la bioética según el tipo de actividad en salud (27)

Actividad	Terapéutica	No terapéutica
Individual	Ética clínica	Ética de la investigación
Colectiva	Ética en la salud pública	Ética de la investigación

La bioética puede guiar a la salud pública en situaciones en que se presentan conflictos éticos con medidas propuestas, clarificando objetivos, priorizando acciones y justificando cursos de acción basados en principios éticos, valores y creencias de personas y comunidades, con información científica o de otro tipo que sea relevante para la adopción de medidas. Dichas acciones en salud pública tienen como objetivo el bien público, enfocadas en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En última instancia, el estado está a cargo, debiendo convocar a la acción colectiva con énfasis en los resultados (28).

Paradigma de los conflictos bioéticos en salud pública con relevancia global, como la covid-19 y su potencial efecto sobre el colapso del sistema sanitario en lo referente a medicina materno-fetal, son aquellos relacionados con la vigilancia. En cuanto a la covid-19 con “potencial de provocar una propagación internacional de enfermedades”, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 define la vigilancia como la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente (29-31)

El Grupo de Formulación de Directrices de la OMS determinó que las siguientes consideraciones éticas son de especial importancia para la vigilancia de la salud pública, lo cual aplica a la pandemia *in crescendo*: (29)

- a) Bien común: Se debe tener una supervisión adecuada de parte de los órganos de salud pública y la participación de las personas y comunidades, para evitar los riesgos potenciales a los beneficios compartidos de la vigilancia.
- b) Equidad: La vigilancia en salud pública contribuye a la equidad identificando los problemas particulares de las poblaciones desfavorecidas, como las embarazadas, aportando datos científicos para emprender campañas enfocadas en la prevención e identificando la base de las diferencias en medicina materno-fetal.
- c) Respeto hacia las personas: En general, las personas deberían participar en las decisiones que les afectan en situación de pandemia como el distanciamiento social o el aislamiento. Se genera entonces, la obligación de asegurar la protección de los datos de los individuos y grupos durante la pandemia
- d) Buena gobernanza: Siendo más una aspiración política que un principio ético. Para poder hacer frente a los desafíos éticos planteados por las acciones a nivel de la salud pública de una manera sistemática y justa, los mecanismos de gobernanza deben rendir cuentas y estar abiertos al escrutinio público. Punto controvertido pero ineludible de tomar en cuenta en este medio.

Una adaptación de utilidad a las dimensiones de vigilancia en lo referente a la pandemia covid-19 y el embarazo para los sistemas de salud en América Latina, de las pautas OMS, (14) sería la que se presenta en el cuadro 2.

En este sentido, la constitución de equipos transdisciplinarios durante la pandemia, utilizando las TIC ante las dificultades impuestas por el distanciamiento social en la región, como exponen López y col. (32), son una respuesta al desafío que representa la covid-19 para la medicina materno-fetal, por medio de una reforma a las políticas de la gestión en salud pública y el embarazo. Se pueden asumir como nuevos espacios de regeneración democrática que planteen, promuevan, apoyen y sustenten los derechos humanos, donde la ciudadanía involucrada en la pandemia identifique conscientemente lo que

PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2) Y EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA:
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS PRELIMINARES

Cuadro 2. Dimensiones de vigilancia en lo referente a la pandemia covid-19
Alcance, objetivos, herramientas de recolección de datos, tipo de análisis y usos (14)

Alcance						
Infección por SARS-CoV-2 y sus complicaciones en las embarazadas	Factores ambientales	Factores de y marcadores de riesgo	Sistema de salud en Medicina Materno fetal (público y privado)	Variables demográficas relacionadas con el embarazo	Eventos relacionados con la salud (alimentos, agua, medicinas, vacunación potencial, disponibilidad de insumos asociados al cuidado de la salud)	
↓						
Objetivos						
Detección y manejo precoz de casos	Análisis de tendencias poblacionales y análisis por delimitación territorial	Detección de riesgos durante la pandemia	Generación de hipótesis	Monitoreo constante del desempeño del sistema de salud	Evaluación de eficiencia y eficacia de medidas de control durante la pandemia	Análisis de políticas a ejecutar durante la pandemia
↓						
Herramientas de recolección de datos						
Registros de centros prestadores de salud a embarazadas	Informes de casos de COVID-19 y embarazo	Encuestas repetidas entre personal de salud y embarazadas	Biobancos (énfasis en material obtenido periparto)	Fuentes secundarias de datos (confiables)	Basadas en la población (centros universales o centinela para atención de embarazadas)	Redes sociales (evaluar impacto sobre la calidad de información)
↓						
Tipos de análisis						
Estimación de incidencia o prevalencia del COVID-19 y embarazo	Medición de asociaciones	Evaluación de tendencias durante el curso de la pandemia	Evaluación de patrones espaciales (actualización constante)	Extracción de datos (<i>data mining</i>)		
↓						
Usos						
Cambio de políticas respecto al COVID-19 y embarazo (protocolos)	Intervención estructural de centros en medicina materno fetal	Detección de casos y extensión de la pandemia	Verificación de hipótesis	Investigación sobre la implementación de medidas en embarazadas	Garantía de la calidad de las decisiones sobre el COVID-19 y el embarazo	

desea y necesita. En este sentido, las actitudes tanto del funcionario público, los profesionales en salud y otras áreas de conocimiento, los científicos e investigadores y los ciudadanos, tendrán una importancia fundamental para que las prácticas en la gestión pública y las políticas sanitarias en el embarazo estén dentro de la legalidad y también para que los servicios públicos suministrados por el estado a las embarazadas, se lleven a cabo con efectividad, eficacia, transparencia y rendición de cuentas.

Es vital que las autoridades de salud pública sean honestas y transparentes sobre lo que se desconoce de la covid-19. Es importante no sembrar falsa certeza siendo directos acerca del grado de incertidumbre sobre aspectos desconocidos en el SARS-CoV-2. De esta forma, la ciudadanía puede tomar decisiones conforme a su propia valoración del riesgo y evitar los daños que puedan resultar dando por hecho lo que es incierto (19).

Bioética y atención de salud en medicina maternofoetal

En medio de la situación de pandemia en América Latina, hay una serie de elementos que no se pueden dejar de lado aún en situación de desastre en la relación profesional de salud-madre-feto. Es una extensión de la relación profesional de salud-paciente, con las particularidades que enmarca la medicina maternofoetal, con el cumplimiento necesario de los protocolos del personal de salud para contener la diseminación del SARS-CoV-2, tanto para el personal que labora en centros prestadores de salud a las embarazadas, como para el público en general, dichos protocolos cambian constantemente a medida que aparecen nuevos conocimientos producto de las investigaciones clínicas e in vitro, tanto en epidemiología, fisiopatología, comportamiento clínico y paraclínico, terapéutica, pronóstico general y por grupos específicos. Según García (33), se puede entender como una relación de ayuda con las siguientes características:

- 1) Es una relación interpersonal (dinámica, recíproca, con roles claros y bien diferenciados) la cual se pone de manifiesto a través de 3 actitudes básicas: a) Debe ser auténtica siendo la persona lo que realmente es y obrar en consecuencia. b) Debe haber aprecio, aceptación y confianza, lo que agrega una visión de conjunto. c) Debe haber comprensión empática lo que significa la capacidad de comprender desde

adentro las relaciones del otro.

- 2) Es y debe ser siempre una relación humana.
- 3) Debe ser teleológica, en vista de involucrar fines y tener un sentido con búsqueda permanente de los mismos.
- 4) Es principista, por contener principios que son inseparables del ejercicio de la medicina aún en situaciones de desastres.
- 5) Está regulada desde el punto de vista ético y jurídico.
- 6) Debe tener un encuadre que permita una clara diferenciación entre las partes.
- 7) Es responsable, nadie escapa de las obligaciones y riesgos inherentes.

Gil (34), respecto a la comunicación con el paciente durante la relación profesional–usuario de servicios de salud, tradicionalmente concebida como médico-paciente, plantea el diálogo esclarecedor. En estos momentos de angustia por parte de las embarazadas y sus familiares o allegados, cobra particular relevancia no olvidar su utilidad, dicho diálogo posee las siguientes funciones:

- a) Informativa: consiste en un diálogo de variable cantidad de tiempo, durante el cual se transmite aquellas nociones consideradas útiles y necesarias que conozcan el paciente o sus familiares, acorde al conocimiento más reciente, disponible y aplicable a la práctica profesional en la región sobre el SARS-CoV-2 y sus complicaciones en las embarazadas. Se considera como un imperativo ético, un postulado de moral médica y una elemental atención del paciente como persona.
- b) Educativa: el médico que no educa lo es a medias, siendo necesario modelar o remodelar a la embarazada y su grupo familiar según las condiciones específicas de su particular proceso inesperado como lo es la pandemia covid-19; por tanto, sitúa al paciente en su condición real, despierta su cooperación, logra colaboración con el médico, educa para proseguir la observación periódica, obvia

el escollo terapéutico de la falta de cooperación del paciente o sus familiares particularmente aquellas medidas preventivas, educa sanitariamente a nivel personal, fomenta la responsabilidad del paciente, ayuda a la rehabilitación, orienta al enfermo para lograr un nivel educativo general.

- c) Motivacional: a través de la actitud del médico genera una base de sustentación que induce al paciente a aceptar y cumplir sus indicaciones, comprendiendo su situación.
- d) Consensual: el acto médico debe ser consensuado, con un marcado compromiso ético-legal, requiriendo la labor convincente del médico para la toma de decisiones de parte del paciente o sus allegados, según el caso.
- e) Psicoterapéutica: las palabras del médico tienen una indudable acción sobre la corporalidad del binomio madre-feto, apoyando y descargando su valor específico de agente curador, estando en forma patente la intención de beneficio para el paciente, orientada eventualmente hacia una psicoterapia elemental para atender aspectos emocionales.

Según D'Empaire y col. (35), durante la comunicación en la relación profesional de salud-usuario, se debe tomar en consideración que la enfermedad por SARS-CoV-2, es un evento siempre inesperado, teniendo según su gravedad o pronóstico reservado (la embarazada es un grupo de riesgo elevado en la covid-19, aunque desconocida su real incidencia con respecto a la población general), la posibilidad de desencadenar reacciones psicológicas en el paciente y/o sus familiares, tales como la regresión, la agresión, la desconfianza, la negación y la reactivación de creencias. Más allá del trabajo en conjunto con especialistas en salud mental y psicoterapia, el profesional de salud debe establecer *rapport* con el paciente y sus familiares para percibir la situación de forma adecuada, ayudándolos a expresar y canalizar sus emociones en aquellos casos acompañados de crisis emocionales, desencadenados por la información referente al diagnóstico y pronóstico de una patología determinada (psicoterapia breve), para evitar respuestas negativas, entre las que se encuentran las expectativas exageradas, rigidez, inflexibilidad, intolerancia, negativa a pedir ayuda, pasividad, tendencia

a la impulsión o conductas atípicas. Entre los elementos orientadores a tomar en cuenta para la revelación de la verdad respecto a su padecimiento, están el equilibrio psicológico, la gravedad de la enfermedad y estadio evolutivo, la edad del paciente y el impacto emocional sobre la parte enferma. Entre las consideraciones a manejar por parte del profesional de salud, se debe estar absolutamente seguro de lo que se revelará, tomando en cuenta que el paciente tiene derecho a conocer su situación, no existe una fórmula única para la comunicación, siendo prudente averiguar lo que el paciente sabe, quiere saber y puede saber, ofreciendo la atención incondicional y el apoyo del equipo en salud, revelando gradualmente la información, no como un acto único. Entre las estrategias comunicacionales a desarrollar por parte del profesional de salud están: a) escuchar al afectado y sus allegados, b) realizar preguntas aclaradoras, c) responder reflexivamente al paciente haciéndole llegar la comprensión y empatía del equipo de salud, d) estimular al aquejado, e) toma de decisiones en conjunto, f) cierre adecuado del dialogo alentando al paciente y sus familiares.

Dentro de los esfuerzos relacionados por los profesionales de salud en medicina materno-fetal, cuya aplicación universal en la región constituye la punta de lanza para enfrentar al SARS-CoV-2 en embarazadas, está la práctica de la MBE, con la sistematización del uso de guías de práctica clínica como instrumentos de enlace entre la investigación y la práctica (derivadas del uso de antiguos protocolos clínicos), cuyo protagonismo ha ido aumentando dado el incremento de los costos, la aparición de diversos procedimientos novedosos en el cuidado del paciente y la mayor demanda de servicios sanitarios así como la necesidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de racionalizar sus servicios. Las guías de práctica clínica deben ser elaboradas por equipos multidisciplinarios, estar basadas en revisiones sistemáticas de la literatura, presentando recomendaciones explícitas acordes con el nivel de evidencia, para dispensar la mejor atención posible al paciente tomando en cuenta el contexto y el acceso a recursos, así como el entrenamiento profesional del médico encargado de tomar la decisión, para mejorar la eficiencia y eficacia del cuidado médico prestado (3, 36-39). Como bien señala Kerdel-Vegas (40), el médico de esta era ante los rápidos avances de la biomedicina y la informática ha pasado a depender cada vez más

de herramientas tecnológicas para el análisis de la evidencia científica disponible y la toma de decisiones clínicas, por lo que ahora debe ocuparse en esa otra gran tarea de la mente humana junto al análisis, como lo es la síntesis. En suma, del desarrollo de sus destrezas y competencias en el ámbito profesional adaptadas a la nueva realidad cambiante de la covid-19 en América Latina y la MBE.

Callaghan (41) y un grupo de expertos reunidos en el *Hasting Center of Hudson*, en Nueva York, precisaron las metas de la medicina en la actualidad, las cuales es crucial no perder de vista en los actuales momentos ante el peligroso iceberg que representa esta pandemia en el embarazo:

- 1) La prevención de la enfermedad y las lesiones y la promoción y mantenimiento de la salud
- 2) El alivio del dolor y el sufrimiento, causados por la enfermedad y las dolencias
- 3) La asistencia y curación de los enfermos, y el cuidado de los que no pueden ser curados
- 4) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz

La lucha de la medicina materno-fetal contra la muerte, no debe ser realizada a toda costa de forma encarnizada, por medio de la aplicación indiscriminada de medidas para postergarla (por lo que el encarnizamiento o nihilismo terapéutico no se considera aceptable), más bien, debe considerarse como una búsqueda, aplicando las técnicas aplicadas actualmente, del desarrollo de la biografía personal tanto para la madre como para el feto en forma productiva para la sociedad, la familia y en último grado, para la persona misma, evitando la minusvalía, anulación o muerte biográfica (diferentes a la muerte clínica puesto que tienen que ver con el grado de afectación de una patología del desarrollo del proyecto personal de vida en diversos grados según la posibilidad de recuperación del paciente y el cercenamiento de la dimensión presente de la persona). Todo esto recordando que en aquellos casos de viabilidad fetal se deben considerar todas aquellas medidas que favorezcan el mejor resultado materno-fetal posible y su supervivencia bien sea intrauterina o extrauterina. En

este contexto de potencial colapso de los servicios de obstetricia crítica, la limitación o restricción de medidas terapéuticas aparece en el horizonte, Castillo (42), la define como la no aplicación o suspensión de medidas de soporte vital a los pacientes, teniendo como expectativa que la muerte se producirá como consecuencia de esta decisión. Los enfoques utilitarios sobre la asignación de recursos escasos como las unidades de obstetricia crítica, considerados por Emanuel y col. (20), y sus recomendaciones, mencionados anteriormente, son aplicables para la limitación de medidas terapéuticas en obstetricia crítica. De igual forma, es rescatable como consideración preliminar ante la pandemia las recomendaciones de maximizar beneficios en todo protocolo, guía de práctica clínica o decisión de salud individualizada (salvar la mayor cantidad de vidas y de años de vida), así como dar prioridad a los trabajadores de la salud en los centros prestadores de medicina materno-fetal respecto al uso de equipos de protección personal (EPP), pruebas de diagnóstico, profilaxis y tratamiento, disponibilidad de camas de cuidados intensivos, vacunación potencial. Los proveedores de salud tienen el deber ético de dar la mejor atención posible y de hacerlo de una forma equitativa, ante el amplio espectro de necesidades de atención de salud que compiten entre sí (19).

Bioética e investigación en medicina materno-fetal

Aplicando las enseñanzas de Gracia (43) a esta situación de pandemia por covid-19 en medicina materno-fetal, es necesario entender que el profesional de salud en medicina materno-fetal, en su faceta de investigador clínico, debe trabajar bajo la premisa según la cual la inteligencia busca el conocimiento de la realidad y al lograrlo, encuentra la verdad con la que pueda diagnosticar y tratar a sus pacientes. La ciencia a través del desarrollo del método científico ha hecho de la investigación una vía necesaria para alcanzar el progreso de la humanidad. La medicina, asociada desde sus inicios con la investigación en seres humanos, ha hecho de la investigación una competencia requerida en todo profesional dedicado a la práctica clínica, particularmente necesaria en esta contingencia por la emergencia del SARS-CoV-2 y su relación con el embarazo.

Nada puede considerarse diagnóstico o terapéutico

PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2) Y EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA:
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS PRELIMINARES

si en el proceso de investigación no se ha validado su condición. Nada puede pertenecer a la práctica clínica que antes no haya pasado por la investigación clínica, siendo que el objeto de la investigación clínica es validar las prácticas clínicas. Las prácticas clínicas siguiendo esta premisa se clasifican en validadas o no validadas. Las prácticas no validadas a su vez, se subdividen en aquellas en vías de validación o experimentales, y en prácticas no en proceso de validación o empíricas. A la fecha, el experimento en seres humanos actualmente se concibe como investigación clínica regulada bajo la premisa ética de la responsabilidad, es decir, el sujeto de investigación debe ser protegido, obteniendo su consentimiento informado, con selección equitativa de sujetos de investigación y ponderación objetiva de la relación riesgos/beneficios (44).

Como expresa Nezer (44), es sumamente útil para los noveles investigadores *millennials* y *centennials* en medicina materno-fetal (habitualmente no acostumbrados por situación generacional como nativos digitales a discernir la bioética de la investigación), establecer, mínimos éticos necesarios para desarrollar sus estudios, como considerar el valor primario de la vida y el principialismo (con antecedentes en el Informe Belmont (45) y posteriormente delimitados por Beauchamp y col. (46), recordando que la investigación científica en el área de la salud se ocupa del respeto profundo a la vida humana para servirla desde el principio hasta el final. Es importante tener en cuenta lo necesario de la bioética en investigación ante la aparición de presiones por la masificación de los científicos y la presión para presentar resultados en momentos de apremio por encontrar respuestas ante los escenarios sombríos para América Latina que se prevén con la pandemia, resumidos en la frase “publica o perece”, que pueden llevar a múltiples vicios en la investigación. Por lo tanto, se considera:

- a) Principio de autonomía: siempre debe estar presente la libertad para tomar decisiones autónomas en el proceso investigativo por parte del paciente-sujeto de investigación. Su manifestación es el consentimiento informado obligatorio.
- b) Principio de beneficencia: se fundamenta en la compasión que un ser humano debe sentir por otro, con la competencia profesional de los investigadores,

considerando la equidad y la relación riesgo/beneficios dentro de un estudio determinado.

- c) Principio de no maleficencia: ningún objetivo de una investigación puede justificar el hacer un mal para obtener un bien tanto a nivel individual como colectivo o ambiental; por otra parte, es un elemento a considerar que en toda investigación en salud existe un margen de error que se debe distinguir de la mala práctica.
- d) Principio de justicia: mantener relaciones de igualdad en la selección de sujetos de investigación con respecto de oportunidades y tratamientos, particularmente en aquellas investigaciones que utilicen grupos de control, placebos o ensayos terapéuticos novedosos.

Ante la creencia común derivada de la filosofía secular posmoderna, todo lo cual entra en crisis actualmente ante una pandemia que amenaza a la humanidad y ya ha producido cambios radicales en el día a día de las personas, en la que para ser un buen investigador hay que desprenderse de creencias religiosas, es válido hacerse eco de lo pregonado por Schmidt (47), quien afirma que la tríada fe, ciencia y bioética convocan a un nuevo paradigma de la ciencia como la mayor realización del hombre en su papel de transformador del mundo; a una prospectiva holística del conocimiento actual, que dé nuevo vigor al valor del ser humano y su dignidad inherente, en la búsqueda permanente de la verdad, su interacción con la vida y la naturaleza en general, desarrollando la transdisciplinariedad, permitiendo la creación de nuevos cuestionamientos que incrementen el saber. Argumentar que es una paradoja decir que es necesaria la convivencia entre las ideas, los mitos y las religiones, lleva a la pregunta ¿Cuántos mitos o parábolas no fueron grandes enseñanzas vigentes hoy en día? El conocimiento tiene una naturaleza dual previa a la ejecución de un estudio, un lado conocido con certeza y un lado en el que se presume la vinculación al conocimiento existente, en la que hay incertidumbre. El investigador debe verse motivado, a la creatividad, a la curiosidad, formulando de continuo hipótesis y validación de nuevos caminos y variables, a nivel diagnóstico y terapéutico, haciendo ciencia para la vida, para el

ser humano, para la sostenibilidad de la humanidad, pensando en las generaciones futuras. En tanto que la fe motiva a la razón humana, el investigador clínico en medicina materno-fetal debe tener fe para hacer un esfuerzo colectivo por hacer ciencia de manera sistémica y con sentido bioético.

Es necesario tener en cuenta las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS/OPS (48), en específico, las pautas 19 y 20. La pauta 19 establece que la investigación en embarazadas debe estar diseñada con la finalidad obtener conocimiento relevante beneficioso o potencialmente beneficioso para las necesidades de salud de las mujeres durante el embarazo y la lactancia, los riesgos deben minimizarse y no ser mayores al riesgo mínimo excepto en casos de valor social en que se puede permitir un aumento menor de dicho riesgo. Se debe tener en cuenta la necesidad posible del seguimiento a corto y largo plazo del feto y el niño, así como el acceso garantizado a un aborto seguro, así como la obligatoriedad del consentimiento informado individual por la mujer embarazada o lactante. La pauta 20 establece que en situaciones de brotes de enfermedades como la covid-19, a la par de enfrentar los retos de generar conocimiento rápidamente, mantener la confianza pública y superar obstáculos prácticos para su ejecución, las investigaciones deben:

- a) ser válidas científicamente tomando en cuenta el valor social y respeto de los derechos,
- b) responder a las necesidades de salud o prioridades de los afectados,
- c) distribuir equitativamente los beneficios y cargas en la selección de grupos e individuos participantes,
- d) evaluación realista de posibles riesgos y beneficios,
- e) involucrar a la comunidad,
- e) obtener el consentimiento informado,
- f) diseminación de resultados, compartiendo datos y conocimiento o intervenciones generados a la comunidad.

Según Rodríguez (49), un consentimiento informado debería reunir los siguientes requisitos para considerarlo válido como proceso que permita la participación positiva del sujeto de investigación y progreso del estudio:

1. Documento por escrito.

2. Aprobación por un comité bioético independiente.
3. Ofrecer información detallada sobre procedimientos a los que se someterá el sujeto de investigación, riesgos y beneficios del estudio, el propósito de la investigación. El sujeto debe tener la oportunidad de preguntar sus dudas y se le debe informar la compensación a recibir en caso de lesiones.
4. El consentimiento debe ser previo al ingreso al estudio.
5. Debe estar libre de coacción. No debe ser perjudicado ni premiado por su decisión.
6. El documento debe estar formulado en términos comprensibles para el entendimiento del sujeto de investigación.
7. El sujeto debe conocer sus derechos a cambiar de opinión y retirarse del estudio cuando lo desee. Es recomendable que uno o dos testigos imparciales (actualmente se solicitan familiares del sujeto) participen en el proceso
8. La aceptación debe quedar firmada por las partes.
9. El participante debe recibir una copia firmada del documento.

Existen casos en los que se puede obviar el consentimiento informado, aunque no implica que el protocolo de investigación deba ser aprobado de igual forma por el comité de bioética de investigación (50). Estos casos son:

- a) Estudios descriptivos tales como la revisión de historias o el reporte de casos.
- b) Estudios de cohorte con poblaciones muy grandes.
- c) Investigación sobre muestras de tejido almacenadas (excepto ADN).
- d) Cuando la obtención del consentimiento pueda afectar la validez de la investigación.

Aunque es infrecuente la investigación en animales

PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2) Y EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA:
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS PRELIMINARES

por investigadores clínicos, es importante saber que para que la investigación en animales sea éticamente aceptable debe seguir los principios de Russell y col. (51) también conocidos como las tres “R”:

- a) Reducir al máximo posible el número de animales empleados
- b) Reemplazar en la medida de lo posible el material, animal vivo, por técnicas experimentales alternativas
- c) Refinar las técnicas para minimizar el sufrimiento animal

Los protocolos de investigación de ensayos clínicos tienen varios métodos de análisis para su aprobación por parte de los Comités de Bioética de la Investigación de cada institución, así como de los entes reguladores a nivel local, regional o nacional; según la propuesta de Gracia al respecto (43) debe incluir a grandes rasgos lo siguiente:

- 1) Análisis científico del protocolo
 - a) Análisis crítico de sus objetivos
 - b) Análisis crítico del diseño
 - c) Análisis crítico del proceso de evaluación
 - d) Análisis crítico de la metodología
 - e) Análisis crítico del equipo investigador
- 2) Análisis ético del protocolo
 - a) Análisis crítico del consentimiento informado
 - b) Análisis crítico de la relación riesgo – beneficio
 - c) Análisis crítico de la selección equitativa de la muestra

La OPS (19), en el caso específico de la pandemia por covid-19 y embarazo en América Latina, enfatiza que los comités de revisión ética deben llevar a cabo una revisión ética acelerada, aunque rigurosa, con la

creación de mecanismos que aceleren los procesos de aprobación ética, así como estrategias de integración del trabajo de diferentes comités de revisión ética. Se debe evaluar la rendición de cuentas de los investigadores, las instituciones y las entidades financiadoras. Es éticamente inaceptable la obstaculización o retraso de la publicación de resultados. Todas las partes involucradas en la investigación deben contribuir para lograr que los resultados de las investigaciones se den a conocer con prontitud a través de canales de amplio acceso (por ejemplo, revistas publicadas en acceso abierto) para informar mejor las potenciales respuestas de salud pública a la pandemia.

CONCLUSIONES

Los profesionales de salud y en general, las disciplinas que pudieran relacionarse con la medicina materno-fetal y la atención y cuidado de la embarazada, ante las decisiones a tomar durante la pandemia en un escenario complejo y cambiante por covid-19 en los distintos países de América Latina, profundamente marcados por la inequidad, deben enfocar las consideraciones bioéticas preliminares, aparte de consideraciones políticas o económicas que pretendan suplantarlas. Siempre con la perspectiva del escenario de un colapso potencial de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en los distintos países de la región, se debe lograr la asignación de recursos escasos en medicina materno-fetal en consonancia con los principios que involucra el cuidado de las embarazadas. Los enfoques bioéticos deben mantenerse porque su transgresión implica lesionar la dignidad humana inherente al binomio madre-feto en el plano individual y la equidad como valor nuclear en el plano colectivo. En este medio, se debe partir del cumplimiento de pautas y directrices OMS/OPS/CIOMS y de la revisión de la literatura con respecto a la salud pública, la atención de la salud, la investigación y el uso de las redes sociales, así como del apoyo de comités de bioética a nivel institucional, local, regional y nacional. La transdisciplinariedad no es un concepto o ideal teórico a buscar en este escenario que luce sombrío, sino una necesidad surgida del grave problema que representa el SARS-CoV-2, en el cual solamente con la integración, la cooperación y la solidaridad de todos se pueden conseguir los recursos, el conocimiento y la voluntad necesarios para enfrentar la situación a la altura de las circunstancias. Tal forma

de actuar en la región, representaría el cumplimiento de la visión de Van Rensselaer Potter (52) sobre la bioética como una ciencia de la supervivencia y un puente entre las ciencias y las humanidades por el futuro de América Latina y la humanidad.

REFERENCIAS

1. Kant I. *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires: Editorial Losada; 1981.
2. León A. *Ética en Medicina*. Barcelona: Editorial Científica Médica; 1973.
3. Cabrera C, Escudero P, Sarmiento C, Espinoza F, Rivero A, Romero M, *et al*. *Rev Latin Perinat*. 2019; 22(4):227-234.
4. Borgoño C. *Bioética Global y Derechos Humanos: La Declaración de la UNESCO y el desafío de la diversidad cultural*. Roma: Ateneo Pontificio Regina Apostolorum; 2009.
5. Chervenak F, McCullough L, Briozzo L. Principios bioéticos en obstetricia y perinatología. *Rev Latin Perinat*. 2019; 22(4):235-239.
6. OXFAM [Internet]. Londres: Informe anual: Tiempo para el cuidado. Oxford Committee for Famine Relief; 2020 [consultado 25 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620928/bp-time-to-care-inequality-200120-es.pdf>.
7. Esparza J. COVID-19: Una pandemia en pleno desarrollo. *Gac Méd Caracas*. 2020; 128(1):1-7.
8. Carvajal A, Márquez D. Nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y embarazo. *Rev Obst Ginecol Venez*. 2020; 80(1):53-63.
9. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Pneumonia of unknown cause – China; 2020 [consultado 20 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>
10. ECDC [Internet]. Estocolmo: Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China. 2020 [consultado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk%20assessment%20-%20pneumonia%20Wuhan%20China%2017%20Jan%202020.pdf>.
11. Carvajal A, Peña O S, Rísquez A, Walter C, Oletta JF. Primera alerta sobre el nuevo coronavirus. Nuevo coronavirus (2019-nCoV): una amenaza potencial [Internet]. Caracas: Red Defendamos la Epidemiología Nacional; Sociedad Venezolana de Salud Pública; 2020 [consultado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1TIecdoTJU8mlgMEylcl5LmIlzJO6Tm7/view>.
12. Cyranosky D. Did pangolins spread the China coronavirus to people? *Nature* [Internet]. 2020 [consultado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00364-2>.
13. Rísquez A, Márquez B. Proyecciones de epidemia en Venezuela por coronavirus 2019 y sus preparativos para el 05 de marzo de 2020. *Rev Fac Med*. 2020; 43(1):7-19.
14. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, *et al*. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* [Internet]. 2020 [consultado 26 de marzo de 2020]. 395(10226):809-815. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620303603?via%3Dihub>.
15. Favre G, Pomar L, Musso D, Baud D. 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? *Lancet* [Internet]. 2020 [consultado 26 de marzo de 2020]; 395(10224):PE40. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30311-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30311-1/fulltext).
16. Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect* [Internet]. 2020 [consultado 26 de marzo 2020]; doi: 10.1016/j.jinf.2020.02.28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.028>.
17. WHO [Internet]. Ginebra: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 66. [actualizado 26 de marzo de 2020, consultado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200326-sitrep-66-covid-19.pdf?sfvrsn=81b94e61_2.
18. Burn-Murdoch J. An interactive visualization of the exponential spread of COVID/19. 91-DIVOC [Internet]. 2020 [actualizado 26 de marzo de 2020; consultado 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://91-divoc.com/pages/covid-visualization/>
19. OPS [Internet]. Washington, D.C.: Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Organización Panamericana de la Salud; 2020 [consultado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19>
20. Emanuel E, Persad G, Upshur S, Thome B, Parker M, Glickman A, *et al*. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [consultado 27 de marzo de 2020]; doi: 10.1056/NEJMs2005114. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>.
21. Carlin A, Alfirevic Z. Physiological changes of pregnancy and monitoring. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2008; 22(5): 801-23.
22. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Bol*

PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-COV-2) Y EMBARAZO EN AMÉRICA LATINA:
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS PRELIMINARES

- Sanit Panam. 1990; 108(5-6):570-585.
23. The Hastings Center. Appendix D: Values, ethics, and CBA in health care. In: Office of Technology Assessment. The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology. Washington, DC: U. S. Government Printing Office; 1980. p. 175.
 24. Lolas F. El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75:187-192.
 25. Mendieta G, Cuevas J. Bioética de la salud pública. *Rev Latinoam Bioética* [Internet]. 2017 [consultado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2929>
 26. Peguero M. Bioéticas y prácticas de salud pública. *Rev Iberoam Bioética*. 2018; 7:1-13.
 27. OPS/OMS [Internet]. Washington, DC: ¿Cómo es el trabajo en Bioética? Organización Panamericana de la Salud; 2017 [consultado 26 de marzo de 2020] Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php>
 28. Penchaszadeh V. Bioética y salud pública. *Rev Iberoam Bioética*. 2018; 7:1-15.
 29. OPS [Internet]. Washington, D.C.: Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública; 2017 [consultado 27 de marzo 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34499/9789275319840-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
 30. OMS [Internet]. Ginebra: Temas de salud. Public health surveillance; 2014 [consultado 27 de marzo 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/.
 31. Reglamento Sanitario Internacional. 3a. Edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
 32. López M, Mata M, Ortega R. *Rev Bioet Latinoam*. 2017; 376:104-112.
 33. García F. La relación médico-paciente como una relación de ayuda. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 100-101.
 34. Gil C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Caracas: Editorial Médica Venezolana; 1977.
 35. D'Empaire G, Parada M. La comunicación en la relación profesional de salud-paciente. Cómo decir la verdad y cómo dar malas noticias. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 131-147.
 36. Bonfill X, Aller M, Urrutia G. Aplicando la medicina basada en la evidencia para resolver problemas clínicos. En: Cabero L editor. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Tomo 1. Ginecología y Medicina de la Reproducción. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 60-65.
 37. Kitchener H. Clinical practice guidelines: loss of clinical freedom or coming of age? *Int J Gynecol Cancer*. 2002; 12(4):332-336.
 38. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, *et al*. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004; 8: 1-72.
 39. Bonfill X, Marzo-Castillejo M. Guías de Práctica Clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120:496-497.
 40. Kerdel-Vegas F. Paradojas médicas. Contradicciones de la medicina actual. Caracas: Editorial La Hoja del Norte; 2014.
 41. Callahan D. The goals of medicine. Setting New Priorities. *Hasting Center Report*. 1996; 26(6):S1-27.
 42. Castillo A. Limitación de medidas terapéuticas. En: Cuadernos de la Federación Médica Venezolana N° 8. Caracas: Federación Médica Venezolana; 1994.
 43. Gracia D. Investigación en seres humanos: implicaciones lógicas, históricas y éticas. En: Lolas F, Quezada A, editores. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas. Serie publicaciones del Programa Regional de Bioética de la OPS/OMS. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética de la OPS / OMS; 2003. p. 111 – 128.
 44. Nézer I. Bioética e Investigación. Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 6. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2007.
 45. Office for Human Research Protection. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research [Internet]. Ciudad: Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research; 1976 [consultado 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
 46. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979-1994.
 47. Schmidt L. Fe, ciencia y bioética. *Rev Latinoam Bioet*. 2011; 11(2):22-41.
 48. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Cuarta edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
 49. Rodríguez G. Manual de investigación clínica. San José de Costa Rica: Editorial ICIC; 1999.
 50. Padrón M. Bioética de la investigación. *Rev Digit Posgrado*. 2016; 5:19-23.
 51. Russell W, Burch R. The principles of Humane Experimental Technique. Londres: Editorial Methuen; 1959.
 52. Potter V. Bioethics: Bridge to the future. Englewood. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1971

Recibido 3 de abril 2020
Aprobado 6 de abril 2020