

**COLABORACIÓN ESPECIAL**Recibido: 10 de julio de 2020  
Aceptado: 19 de agosto de 2020  
Publicado: 7 de septiembre de 2020**DIMENSIONES ÉTICAS DE LA PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19): UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA****Valle Coronado-Vázquez (1,2), Josefa Castro-Martín (2,3), Carmen Cámara-Escribano (2,4), Juan Gómez-Salgado (5,6), Cristina Martín-López (7) y Juan Jesús García-Iglesias (5,8).**

- (1) Centro de Salud de Illescas. Toledo. España.
- (2) Grupo de Bioética de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC). Madrid. España.
- (3) Centro de Salud Benita de Ávila. Madrid. España.
- (4) Centro de Salud Dos de Mayo. Madrid. España.
- (5) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Universidad de Huelva. Huelva. España.
- (6) Programa de Posgrado de Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.
- (7) Unidad de Rehabilitación. Hospital de Río Tinto. Huelva. España.
- (8) Escuela Superior de Salud. Universidade Atlântica. Lisboa. Portugal.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

**RESUMEN**

La pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19) ha tenido un gran impacto en los residentes de centros sociosanitarios. Es probable que las características de estos pacientes y su especial fragilidad clínica hayan contribuido a una mayor vulnerabilidad a la infección, pero no se pueden descartar otros factores asociados a la misma como son la gestión de los centros y la falta de planificación de las actuaciones antes y durante la crisis sanitaria. Ambos aspectos pertenecen al ámbito de la salud pública, donde la ética del bien común entra en conflicto con la autonomía de las personas.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, Centros sociosanitarios, Salud pública, Planificación de emergencias, Ética.

**ABSTRACT****Ethical dimensions of prevention and planning in assisted-living facilities during the SARS-CoV-2 pandemic (Covid-19): a public health emergency**

The SARS-CoV-2 pandemic (Covid-19) has had a major impact on residents of assisted-living facilities. While it is plausible that the characteristics of these patients and their special clinical fragility have contributed to their greater vulnerability to infection, other related factors cannot be ruled out, such as the quality of management at these centers and the lack of planning for actions taken before and during the health crisis. Both aspects pertain to the field of public health, where the ethics of the common good conflicts with the autonomy of the individual.

**Keywords:** SARS-CoV-2, Social health centers, Public health, Emergency planning, Ethic.

Correspondencia:  
Juan Gómez-Salgado  
Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública  
Facultad de Ciencias del Trabajo  
Universidad de Huelva  
Avda. Tres de Marzo, s/n  
21007 Huelva, España  
salgado@uhu.es

Cita sugerida: Coronado-Vázquez V, Castro-Martín J, Cámara-Escribano C, Gómez-Salgado J, Martín-López C, García-Iglesias JJ. Dimensiones éticas de la prevención y planificación en los centros sociosanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19): una emergencia de salud pública. Rev Esp Salud Pública. 2020;94: 7 de septiembre e202009105

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 ha sacado a la luz las deficiencias de los centros sociosanitarios en cuanto a sus objetivos de proporcionar unos cuidados de calidad a la población más envejecida.

Poco tiempo después de la aparición de los primeros casos de infección por SARS-CoV-2 en la ciudad china de Wuhan, los datos publicados por el *Chinese Center for Disease Control and Prevention* ya mostraban que los pacientes más afectados por la enfermedad eran los ancianos, y que la mortalidad era mayor conforme se incrementaba la edad y, especialmente, en aquellos que presentaban determinadas condiciones de comorbilidad<sup>(1)</sup>.

Esta asociación entre fragilidad e infección por SARS-CoV-2 se ha demostrado en la rápida expansión que la enfermedad ha tenido entre los residentes de centros sociosanitarios. Aunque no se conoce con exactitud el impacto real de la misma, y a pesar de la variabilidad de los datos, en algunos países de la Unión Europea la incidencia de la enfermedad ha sido superior al 50%<sup>(2)</sup>. En Reino Unido, el incremento de mortalidad en estos centros alcanzó un 48,5%, mientras que en los domicilios particulares había sido de un 11%<sup>(3)</sup>.

En España, de los fallecimientos por Covid-19 hasta el 30 de abril, el 66,5% se habían producido en centros sociosanitarios<sup>(4)</sup>.

En este artículo se analiza la elevada mortalidad por coronavirus entre los residentes de centros sociosanitarios, valorando desde la salud pública y, en concreto, desde la perspectiva de la planificación y prevención, los fallos que han conducido a esta situación y las consecuencias que de ellos se han derivado, haciendo una aproximación desde la ética de la justicia y la responsabilidad. Finalmente,

se ofrecen algunas propuestas para enfrentar futuros retos sanitarios en este tipo de centros.

## LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS Y EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ENVEJECIMIENTO

España es un país envejecido. El índice de envejecimiento nacional fue del 122% en 2019 y el porcentaje de personas mayores de 75 años, a 1 de enero de 2020, era del 10,3% de la población, con una tasa de dependencia en mayores de 64 años del 20,3%<sup>(5)</sup>.

Con estos datos, la atención a las personas dependientes se ha ido convirtiendo en el eje central de las políticas sociales, surgiendo los nuevos modelos de residencias con sistemas de gestión pública, en unos casos, y gestión privada en otros.

Los centros sociosanitarios son actualmente centros interdisciplinarios que atienden los problemas de salud de las personas dependientes en un ambiente donde pueden desarrollar sus funciones sociales, porque se entiende que la socialización, más si cabe en las personas mayores, está íntimamente relacionada con los cuidados de la salud.

En España hay 4,2 plazas para residentes por cada 100 personas mayores<sup>(6)</sup>, distribuidas como Centros de Día o Servicios de Atención Residencial, que ofrecen alojamiento y servicios de restauración de forma permanente o temporal para cubrir las distintas necesidades de las personas dependientes. Se estima que hay más de 6.000 centros de este tipo con aproximadamente 400.000 plazas disponibles en el territorio nacional<sup>(7)</sup>.

La asistencia integral e integrada a las personas dependientes, buscando la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, tuvo su

expresión en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*<sup>(8)</sup>, que vino a establecer procedimientos homogéneos para garantizar la cohesión y equidad territorial en la prestación de este tipo atención.

Uno de los aspectos que recoge esta ley es la necesidad de implantar sistemas de gestión de la calidad en los centros residenciales, pero los recortes en políticas sociales llevados a cabo en España a consecuencia de la crisis económica de 2008 dieron lugar a una reducción en la financiación de los programas de dependencia y al retraso en la aplicación de la ley, lo que ha tenido consecuencias negativas sobre la situación familiar y el bienestar de estas personas<sup>(9)</sup>.

El *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*, que la Organización Mundial de la Salud publicó en 2015<sup>(10)</sup>, plantea un nuevo enfoque sobre cuál debería ser la respuesta más apropiada al envejecimiento de la población desde la salud pública y sugiere una serie de acciones concretas adaptadas a los diferentes niveles socioeconómicos de los países. Se insiste en la importancia de mantener la capacidad funcional de las personas mayores, transformando un sistema sanitario curativo como el actual en uno de prestación de cuidados integrales centrados en las necesidades de las personas, con el objetivo de corregir los problemas y las injusticias inherentes a los sistemas actuales.

## IMPACTO DE LA COVID-19 EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

La enfermedad por SARS-CoV-2 (Covid-19) ha tenido una elevada incidencia y letalidad entre los residentes de los centros socio sanitarios. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de las muertes ocurridas en Europa por Covid-19 fueron de personas que vivían en este tipo de centros<sup>(11)</sup>.

Algunos factores que han intervenido en esta situación dependen de las características de los pacientes, como son su elevada edad y el padecimiento de enfermedades crónicas, pero hay también otras circunstancias desencadenantes que se relacionan con la gestión de los centros como son las dificultades para el aislamiento de los casos, la falta de medios diagnósticos, la escasez de cuidadores y el hecho de que con frecuencia son éstos los que van transmitiendo la enfermedad al no disponer de material adecuado, así como las frecuentes visitas que estos pacientes reciben en su día a día por familiares y allegados<sup>(12,13)</sup>.

Como consecuencia de la enorme demanda de tratamientos hospitalarios durante las fases de mayor expansión de la enfermedad, fundamentalmente los aplicados en las unidades de cuidados intensivos, el sistema sanitario se ha visto desbordado<sup>(14)</sup>. Esto ha obligado a hacer una selección de aquellos enfermos que podían obtener más beneficios con el tratamiento, lo que ha tenido una repercusión directa sobre los residentes de estos centros que, debido a su fragilidad, algunos han sido excluidos para ser tratados en estas unidades<sup>(15)</sup>. Pero, se debe ser cauto a la hora de aplicar criterios utilitaristas, porque el valor de “maximizar” los beneficios, es decir, salvar el mayor número de vidas posibles, aunque aceptado en situaciones de escasez de recursos, puede ser injusto si se considera como un criterio único a seguir para priorizar a los pacientes que van a recibir un tratamiento curativo<sup>(16)</sup>. Además, deberían entrar en juego otros criterios como la evidencia científica de la que se disponga en cada momento sobre el mejor cuidado que la persona precise, ya sea con fines curativos o paliativos.

En todos los países que han sufrido con más intensidad la pandemia, se han debido racionar los recursos sanitarios. De aquí se derivan dos cuestiones, ambas relacionadas con la ética de la justicia y la responsabilidad. Una de ellas se

corresponde con el siempre problemático asunto de cómo hacer una distribución justa de unos recursos escasos, la otra entra en el terreno de la prevención y la planificación de las emergencias sanitarias.

## ÉTICA DE LA PLANIFICACIÓN DE LAS EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA

El *Institute of Medicine* define la salud pública como “lo que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente, asegurando las condiciones para que las personas estén sanas”<sup>(17)</sup>.

Así entendida, es un proceso de planificación y prevención, que se caracteriza por ser continuo y adaptable a los cambios que se van produciendo<sup>(18)</sup>, y cuyo objetivo ético es el de minimizar las muertes, la discapacidad y la enfermedad<sup>(19)</sup>.

En la última década, la salud pública ha venido ganando relevancia en el campo de la bioética. Los problemas éticos en salud pública se debaten entre el respeto a la autonomía de las personas y la búsqueda del bien común como exigencia del principio de justicia. Si el autonomismo fue la principal preocupación en los inicios de la bioética, pronto las cuestiones de salud pública comenzaron a cobrar más protagonismo, surgiendo la necesidad de desarrollar un código ético, lo que ha venido reforzado por tres razones: evitar las acciones indebidas, establecer un marco moral que proporcione los principios a aplicar, y dotar a los profesionales de integridad ética<sup>(20)</sup>.

La justicia como principio ético en salud pública aparece unido al de equidad. No es posible entender la justicia distributiva en un marco social de inequidad, y así es como se piensa desde el liberalismo igualitario de Rawls<sup>(21)</sup>, que plantea la necesidad de garantizar a las personas unos bienes primarios para el desarrollo de

sus proyectos de vida individuales. Unos bienes en los que, a criterio de Norman Daniels<sup>(22)</sup>, entrarían los determinantes sociales de la salud. Esta postura queda lejos del liberalismo radical de Robert Nozick, para el que la salud no es un derecho humano fundamental y la prestación de los servicios está en función de la capacidad adquisitiva de las personas, no siendo posible subsanar las desigualdades en los más desfavorecidos<sup>(23)</sup>. Por otro lado, para Ronald Dworkin un objetivo justo sería reducir los gastos en salud, para lo que introduce el principio de responsabilidad individual en un sistema de cobertura universal mínima<sup>(24)</sup>.

Martha Nussbaum y Amartya Sen van más allá y consideran que la distribución justa de recursos no es suficiente para garantizar el bienestar de las personas. Es preciso considerar sus capacidades, que en parte vienen determinadas por la salud, porque las discapacidades limitan los proyectos de vida<sup>(25)</sup>.

De cómo las instituciones sean capaces de conjugar la idea de autonomía con la de justicia depende, en buena medida, la respuesta que se les dé a las personas más vulnerables en tiempos de crisis, como la generada por la pandemia de Covid-19. Mientras que la primera hace hincapié en el paradigma deontológico de Kant<sup>(26)</sup>, la segunda se fundamenta en el respeto a un sistema de valores y creencias asentados en la comunidad y plasmados en un cuerpo normativo<sup>(27)</sup>. Desde el punto de vista práctico, sería prudente buscar un punto intermedio en el que se respeten los derechos de información y toma de decisiones, bien ejercidos por la persona o de forma subrogada, y actuar bajo la premisa del paternalismo en cuestiones que implican la seguridad de la comunidad de individuos<sup>(28)</sup>.

El Estado debe asumir las obligaciones sanitarias y sociales que implican una ética de la responsabilidad, entendida como responder *por alguien y a alguien*. Así entendido, el concepto

de responsabilidad en salud pública puede resultar paradójico en algunas ocasiones y dar lugar a una limitación de las libertades individuales. En estos casos no hay criterios generales a seguir, siendo necesario recurrir con prudencia a una evaluación correcta y oportuna de todas las circunstancias presentes en el momento, como la extensión y magnitud del riesgo, y el grado en que se infringen los valores individuales<sup>(29)</sup>.

Las instituciones públicas tienen la responsabilidad de velar por la calidad de la atención prestada a las personas que residen en los centros sociosanitarios. Las estrategias de prevención en salud pública tienen que ver con las condiciones en las que viven las personas, por lo que es necesario abordar los entornos donde estas desarrollan sus actividades diarias y hacerlo con un enfoque positivo, en el sentido de protección de la salud<sup>(30)</sup>.

La falta de previsión para controlar la transmisión de las enfermedades infecciosas tiene consecuencias importantes en la salud comunitaria y, en concreto, en los centros sociosanitarios puede tener efectos dramáticos, como se ha visto en la actual pandemia por coronavirus. Los resultados de una insuficiente planificación sanitaria son la escasez de medios materiales y humanos, derivando en una inadecuada organización de los espacios, mayor concentración de personas y la imposibilidad de hacer un correcto aislamiento de los casos en los brotes epidémicos<sup>(31)</sup>.

La toma de decisiones en una situación de emergencia sanitaria como la actual, donde los recursos son escasos, debe realizarse en un marco de justicia, recurriendo a la equidad para que no recaigan sobre los más vulnerables todas las consecuencias de la enfermedad<sup>(32)</sup>.

Pero las cuestiones éticas que van a surgir irán cambiando en relación a las distintas fases de la emergencia sanitaria. Así, en la fase de planificación, el objetivo será la reducción de

los riesgos, preparando las actividades preventivas con respeto a la dignidad de las personas, con equidad y siguiendo un proceso transparente en la toma de decisiones<sup>(19)</sup>.

En cambio, durante la emergencia el interés se desplaza hacia el triaje, la distribución de los recursos y el establecimiento del estándar de cuidados que se va a seguir<sup>(33)</sup>. En la infección por SARS-CoV-2 en los centros sociosanitarios esto se traduce en el deber de las instituciones de gestionar adecuadamente los recursos disponibles y estimar aquellos que pueden escasear durante una crisis sanitaria, hacer un triaje de los residentes que tienen un mayor riesgo de infección para intensificar en ellos las medidas de prevención y vigilancia, y organizar los cuidados de forma que estén adaptados a la situación de emergencia, donde es muy probable que aumente su demanda.

Como la vigilancia de las personas sometidas a cuarentenas o aislamientos puede limitar su privacidad y desencadenar un sentimiento de discriminación y estigmatización, desde el punto de vista ético se debe hacer una supervisión continua por parte de las instituciones públicas para analizar las cargas y los beneficios de la vigilancia, reduciendo los riesgos y prestando mayor atención a los grupos más vulnerables<sup>(34)</sup>.

Otras consecuencias del aislamiento y la distancia social en los ancianos son la soledad y el edadismo, que pueden tener una repercusión negativa sobre su salud mental y física<sup>(35)</sup>. Para limitar su impacto es conveniente un abordaje multidisciplinar y el uso de las tecnologías de la información para mantener conectados a los pacientes con sus familiares y cuidadores<sup>(35)</sup>.

Corresponde a las autoridades de salud pública realizar protocolos de actuación con el objetivo de reducir en los médicos y en las enfermeras la tensión derivada de las decisiones sobre quiénes pueden o no tener acceso a los cuidados

intensivos<sup>(16)</sup>, así como para sostener la equidad, de forma que el acceso a unos cuidados de calidad no sea una cuestión discrecional.

Pero la planificación de las emergencias sanitarias no puede ser ajena a las creencias y valores de las personas, de ahí la importancia de implicar a los pacientes en las decisiones. En el caso de los centros sociosanitarios, algunos pacientes rechazarán el ingreso en las unidades de cuidados intensivos durante la pandemia, eligiendo recibir la atención en el centro donde residen, siempre que se puedan garantizar unos cuidados de calidad<sup>(36)</sup>. Es aquí donde cobra protagonismo la planificación anticipada de las decisiones como garantía del respeto a la voluntad de las personas y sus derechos, y que debe ser parte del proceso de planificación de las emergencias sanitarias.

### RETOS PARA UNOS CUIDADOS RESPONSABLES Y JUSTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SANITARIA

Tras el análisis de lo ocurrido en los centros sociosanitarios durante la pandemia de Covid-19, se hace necesario repensar este modelo de cuidados y su gestión durante las crisis sanitarias<sup>(3)</sup>. Algunas propuestas serían:

- Las instituciones deben garantizar los cuidados de los más vulnerables con criterios de justicia y equidad, proporcionando las medidas de prevención necesarias como son el facilitar las distancias físicas y los recursos materiales y humanos que se precisen.
- La integración de la gestión clínica de los centros sociosanitarios en la atención primaria, con profesionales que lideren los cuidados, facilitando la continuidad de la asistencia con un sistema de información único, es clave para

llevar a cabo de manera efectiva las actuaciones de salud pública.

- La planificación de las emergencias sanitarias, tales como las epidemias, requiere de la formación de los profesionales sanitarios para la detección precoz de los síntomas de la enfermedad, la provisión de material de protección, un liderazgo compartido y una comunicación fluida con las autoridades de salud pública<sup>(37)</sup>.
- Y, por último, es una prioridad la exigencia de un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas por parte de los responsables de la atención a los residentes en los centros sociosanitarios, como señal de respeto a la dignidad de las personas y de compromiso con el bien común.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239–42. doi: 10.1001/jama.2020.2648.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 [citado 10 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>.
3. O'Dowd A. Covid-19: Deaths in care home deaths in England and Wales rise sharply. *BMJ*. 2020;369:m1727. doi: 10.1136/bmj.m1727.
4. Gallego-Berciano P. Impacto de covid-19 en los centros sociosanitarios. *Rev Española de Salud Pública* [serie en internet]. Especial coronavirus COVID-19. Junio 2020 [citado 12 junio 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/Suplementos/coronavirus\\_covid19.htm](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/coronavirus_covid19.htm).

5. Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo y edad [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2020 [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254734710984](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984).
6. Abellan García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019 [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2019. Documento técnico: Informes Envejecimiento en red núm. 22 [Fecha de publicación: 06/03/2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicador-basicos2019.pdf>.
7. Dirección General del IMSERSO. Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España 2018. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2018 [citado 18 Junio 2020]. Disponible en: [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf\\_sspmmesp2018.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_sspmmesp2018.pdf).
8. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15-12-2006.
9. Correa M, Jiménez-Aguilera JD. Sombra y sombras en la aplicación de la ley de dependencia. *Gac Sanit*. 2016;30(1):77-80. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.09.001.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 12 junio 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=01BBDE7A249B5C782744150EE4E355C6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=01BBDE7A249B5C782744150EE4E355C6?sequence=1).
11. Birnbaum M, Booth W. Nursing homes linked to up to half of coronavirus deaths in Europe [Internet]. Washington, USA: Washington Post; 2020. Disponible en: [https://www.washingtonpost.com/world/europe/nursing-homes-coronavirus-deaths-europe/2020/04/23/d635619c-8561-11ea-81a3-9690c9881111\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/europe/nursing-homes-coronavirus-deaths-europe/2020/04/23/d635619c-8561-11ea-81a3-9690c9881111_story.html).
12. Barnett M L, Grabowski DC. Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. *Jama Health Forum* [serie en internet]. Marzo 2020 [citado 12 Junio 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2763666>.
13. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2005-11. doi: 10.1056/NEJMoa200541.
14. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next?. *Lancet*. 2020;395(10231):1225-1228.
15. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 Mar 27]. *JAMA*. 2020;10.1001/jama.2020.5046.
16. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Upshur R, Thome B, Parker M, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2049-55. doi: 10.1056/NEJMs2005114.
17. Gostin L, Wiley L. *Public Health Ethics and Law* [Internet]. New York: The Hastings Center; 2020 [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/public-health/>.
18. Pineault R, Daveluy C, García-Vargas J, Ferrús L. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson; 1994.
19. Jennings B, Arras J. *Ethical Guidance for Public Health Emergency Preparedness and Response: Highlighting Ethics and Values in a Vital Public Health Service* [Internet]. EE.UU: Centers for Disease Control and Prevention; 2001 [citado 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www.hsd.org/?view&did=722935>.
20. Callahan D, Jennings B. *Ethics and Public Health: forging a Strong Relationship* [Internet]. *Am J Public Health*. 2002;92(2):169-76.

21. Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica;2006.
22. Daniels N. Health-care needs and distributive justice. *Philos Public Aff.* 1981;10(2):146-179.
23. Wolff J. Property, Justice and the Minimal State. Oxford: Polity press; 2003. 164p.
24. Zúñiga Fajuri, A. La teoría distributiva de Dworkin y el derecho a la protección de la salud. *Revista De Derecho.* 2015;20(1): 323-338.
25. Anand P, Dolan P. Equity, capabilities and health. *Soc Sci Med.* 2005;60(2):219-222.
26. Carter MW. Advancing an ethical framework for long-term care. *J Aging Stud.* 2002;16(1):57-71. doi: 10.1016/s0890-4065(01)00034-2.
27. Papadimos TJ. Healthcare access as a right, not a privilege: a construct of Western thought. *Philos Ethics Humanit Med.* 2007;2:2. doi: 10.1186/1747-5341-2-2.
28. Collopy BJ. Ethical dimensions of autonomy in long-term care. *Generations.* 1990;14(Suppl. 1990):9-12.
29. Turoldo F. Responsibility as an ethical framework for public health interventions. *Am J Public Health.* 2009 Jul;99(7):1197-202.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 05 julio 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>.
31. Li Y, Harrington C, Temkin-Greener H, You K, Cai X, Cen X, et al. Deficiencies In Care At Nursing Homes And Racial/Ethnic Disparities Across Homes. *Fell, 2006-11. Health Aff (Millwood).* 2015;34(7):1139-46. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0094.
32. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J. El error de no planificar las emergencias en salud pública. *Gac Sanit.* 2020;34(4):416. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.04.004.
33. American Health Care Association. Ethical Guidelines for the Development of Emergency Plans [Internet]. Washington: American Health Care Association; 2008 [citado 05 julio 2020]. Disponible en: <https://www.ltcprepare.org/node/384>.
34. Fairchild AL, Dawson A, Bayer R y Selgelid MJ. The World Health Organization, Public Health Ethics, and Surveillance: Essential Architecture for Social WellBeing. *Am J Public Health.* 2017;107(10):1596-1598.
35. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During ‘Social Distancing’ Restrictions [published online ahead of print, 2020 May 18]. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;10.1016/j.jagp.2020.05.004.
36. Roland K, Marcus M. COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20235. doi: 10.4414/smw.2020.20235.
37. Mills JP, Kaye KS, Mody L. COVID-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. *JCI Insight.* 2020;5(10):139292. doi: 10.1172/jci.insight.139292.