

Cómo se establecerían las prioridades ante un desborde del sistema de salud

12/04/2020

Las autoridades están empeñadas en “Achatar la curva”, es decir, frenar una posible “explosión” de un número de pacientes simultáneos con coronavirus y **evitar que la demanda de atención sobrepase la capacidad de respuesta de los recursos** –humanos y materiales– del sistema de salud, y que todas las personas que necesiten atención –por COVID-19 o por otras patologías– puedan recibirla.

Sin embargo, **ante la posibilidad de que ese objetivo no se logre**, ¿debería existir un protocolo unificado sobre cómo asignar recursos que no alcanzan para todos los enfermos, que indique quiénes y con qué criterios asignarían prioridades?

Desde la Secretaría de Calidad del Ministerio de Salud de Nación **encomendaron la creación de “Guías Éticas para asignación de recursos para atención de pacientes críticos infectados por COVID-19”**, para su eventual análisis y aprobación en caso de que se consideren aptas para prácticas “homogéneas a nivel nacional”.

No obstante, aún **no se comunicó a hospitales y clínicas** un protocolo de carácter oficial u obligatorio. En estos días se presentarán propuestas a Nación en base a consensos a los que se llegó en Italia, España y Estados Unidos durante la pandemia.

Sin embargo, la sociedades Argentina de Emergentología, de Clínica Médica y de Terapia Intensiva presentarán “en estos días” ante el ministro Ginés González García un documento conjunto con pautas sobre la asignación de recursos ante un

escenario crítico.

Gonzalo Camargo, presidente de la Sociedad Argentina de Emergentología, explicó que, en base a **consensos internacionales** como el del Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades, se están pensando premisas para tomar decisiones. Se evalúa, por ejemplo, que la decisión de no admitir a una persona en una unidad de cuidados intensivos “sea tomada por al menos dos profesionales médicos” y que sea “revisada, para asegurar que es lo apropiado”. El mismo principio regiría al destinar recursos de protección para el personal sanitario.

En la propuesta de los emergentólogos, para la contención psicológica del personal que decidirá en esas situaciones, se establecería que “las decisiones que los y las responsables tomen con relación al ingreso a cuidados intensivos **deberán ser respetadas y apoyadas por todo el personal de salud**”.

Los médicos que están considerando estas prácticas lo están haciendo basados en lo que sucedió en China, donde muchos pacientes enfermos inicialmente fueron alejados de los hospitales, y en lo está sucediendo en Nueva York. Por ejemplo, una determinación emitida por escrito el 31 de marzo desde el Regional Emergency Medical Services Council de Nueva York, establece que “para cuidado del personal médico, los paramédicos no reanimarán a los adultos que presenten un paro cardíaco sin signos visibles de trauma físico, ante el riesgo de COVID-19”.

En el protocolo local en el que se trabajan emergentólogos, médicos clínicos y terapeutas se propondría que la decisión sobre el ingreso o no de un paciente a terapia intensiva dependerá del “beneficio neto que podría obtener si se ingresara”. Y “el análisis del beneficio neto que podría obtener deberá ser exclusivamente por criterio clínico”, en el sentido de “no comercial”.