

Informe final del Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon

Índice

Resumen ejecutivo	1
Antecedentes	2
Pautas de atención en caso de crisis	2
Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon (ORAAC).....	3
Equidad de salud	5
Aportes y recomendaciones del ORAAC	6
Compromisos del ORAAC	6
Principios	7
Equipo de priorización	9
Priorización de la atención en caso de crisis.....	15
Recopilación de datos.....	24
Después de la priorización de la atención en caso de crisis	25
Reconocimientos y próximos pasos de la OHA	28
Lista de recursos	30
Anexo A	31
Anexo B	33

Resumen ejecutivo

El Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon (ORAAC) se reunió desde mayo de 2022 hasta junio de 2023 para revisar y proporcionar recomendaciones a la OHA para la guía actualizada de atención en caso de crisis. Los miembros del comité acordaron que no hay un enfoque aceptado universalmente sobre la asignación de recursos para la atención en caso de crisis, y que todos los enfoques (incluidos aquellos basados aparentemente solo en datos médicos objetivos) implican juicios de valor que necesitan justificación. El enfoque recomendado más común entre los miembros del comité para priorizar los recursos escasos que

salvan vidas fue priorizar a los pacientes teniendo en cuenta su pronóstico para la supervivencia hospitalaria, pero los miembros también enfatizaron que los enfoques para la atención en caso de crisis deben, como mínimo, no empeorar las inequidades en la salud. El comité no pudo obtener recomendaciones basadas en el consenso dentro del plazo asignado debido a la diversidad de las perspectivas y de los valores.

Antecedentes

Guía de atención en caso de crisis

Los estándares de atención en caso de crisis son reglas que guían la prestación de atención médica ante una emergencia de salud pública generalizada o un desastre abrumador cuando los recursos que salvan vidas son escasos. En tales situaciones, puede ser necesario brindar atención de manera diferente que durante el funcionamiento habitual. La guía de atención en caso de crisis describe cómo una comunidad o sistema de atención médica deberían responder cuando los recursos son escasos.

Un elemento central en la guía de atención en caso de crisis se conoce como priorización. En este contexto, priorización se refiere al proceso de priorización para determinar qué pacientes recibirán recursos que salvan vidas cuando no haya suficientes para todos los que los necesitan. Por ejemplo, en el caso de la pandemia del COVID-19, muchos estados elaboraron un conjunto de normas para decidir a quiénes se les debían ofrecer respiradores para brindar asistencia respiratoria mecánica cuando había más pacientes que respiradores disponibles.

Antecedentes de Oregon

El desarrollo de la guía de atención en caso de crisis en Oregon comenzó en 2010. El trabajo de Oregon se basó en la guía federal y la creciente atención nacional con respecto a las respuestas de emergencia tras la pandemia de H1N1 y el huracán Katrina. Al comienzo de la pandemia del COVID-19, la guía de atención en caso de crisis de Oregon más reciente se había publicado en 2018. Los representantes de la salud pública estatal y local, los sistemas de salud, los hospitales, las asociaciones médicas y de enfermería, entre otros expertos médicos, patrocinaron y dirigieron el trabajo para desarrollar la guía de 2018.

Al principio de la pandemia del COVID-19, rápidamente surgieron inquietudes sobre la guía de atención en caso de crisis de Oregon. La principal inquietud era que la guía no tenía en cuenta las diferentes formas en que se experimentarían las pautas de 2018. Específicamente, las comunidades que habían sufrido inequidades de salud a largo plazo debido a la injusticia social, situación que ocasionó una mayor carga de enfermedades crónicas en estas comunidades, se habrían visto desproporcionadamente desfavorecidas de aplicarse las pautas de 2018. También se plantearon inquietudes en cuanto a que el proceso para desarrollar pautas de atención en caso de crisis no involucró ni consideró los puntos de vista ni valores de las diversas culturas y comunidades de Oregon, incluidas las personas afectadas de manera desproporcionada por las inequidades de salud.

Con base en las crecientes inquietudes planteadas sobre la guía de 2018, incluida una queja presentada ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. federal por parte de Disability Rights Oregon y otros, la OHA reconoció que las pautas de 2018 tenían el potencial de perpetuar la discriminación por motivos de raza, edad o discapacidad. Por estos motivos, la OHA anunció en septiembre de 2020 la decisión de dejar de consultar la guía publicada anteriormente. Ante el riesgo continuo de casos con COVID-19 y las limitaciones de capacidad hospitalaria, la OHA publicó los [Principios para promover la equidad sanitaria en eventos con recursos limitados](#) en diciembre de 2020. Un año más tarde la OHA publicó la [Herramienta provisional de atención en caso de crisis de Oregon](#).

Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon (ORAAC)

A lo largo de la respuesta a la pandemia del COVID-19, la OHA mantuvo su compromiso de constituir un proceso sólido, integral e inclusivo de participación de la comunidad y los médicos para establecer una guía de atención en caso de crisis más permanente para los hospitales de Oregon. En mayo de 2022, la OHA convocó al Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon (Oregon Resource Allocation Advisory Committee, ORAAC) para que recomiende actualizaciones sobre la guía de atención en caso de crisis. El ORAAC reunió a miembros de la comunidad y profesionales del sistema de atención médica para garantizar la representación de una diversidad de perspectivas (consulte el Apéndice A). La OHA buscó dos grupos principales para la membresía:

- Organizaciones y miembros de la comunidad que puedan actuar como interlocutores de las necesidades comunitarias, en especial de las comunidades de color, las comunidades tribales y las personas con discapacidad.
- Socios que participan en el sistema de prestación de atención médica de Oregon, como hospitales, proveedores de atención médica, especialista en ética de atención médica y salud pública local.

El rol del comité se centró en las siguientes actividades:

- Revisar y recomendar la actualización a los Principios de la OHA para promover la equidad de salud durante situaciones con recursos limitados publicados anteriormente.
- Revisar y recomendar actualizaciones futuras de la Herramienta provisional de atención en caso de crisis de Oregon.

Además de las reuniones públicas mensuales del ORAAC entre mayo de 2022 y junio de 2023, el Subcomité de enfoques de priorización compuesto por siete miembros (subcomité) se reunió nueve veces para analizar una amplia variedad de posibles enfoques de priorización en relación con la atención en caso de crisis para la asignación de recursos escasos que salvan vidas. El subcomité exploró la justificación y las desventajas de cada enfoque de priorización y consideró cómo se podrían utilizar los enfoques de manera independiente o, de forma más probable, combinarlos como parte de un enfoque de criterios múltiples. Esta información se remitió nuevamente al comité de ORAAC para su consideración y deliberación. Estos enfoques de priorización también se describieron en un documento publicado para el aporte del público del 23 de mayo al 26 de junio de 2023.

Estas personas brindaron asesoramiento experto y apoyo al comité y al personal de la OHA:

- **Alyshia Macaysa** brindó asesoramiento experto y guía estratégica sobre cómo centrar la voz de la comunidad y la equidad de salud, la planificación y la preparación de reuniones. Alyshia también se desempeñó como moderadora del comité.

- **Ruqaiijah Yearby, JD, MPH** brindó asesoramiento experto y guía sobre la equidad de salud, los índices de desventaja y temas de justicia en la salud, incluidos, entre otros, la atención en caso de crisis y la asignación de recursos.
- **Harald Schmidt, MA, PhD** brindó asesoramiento experto y guía en relación con la asignación de recursos escasos, la reducción de las desventajas de las poblaciones marginadas y los índices de desventajas.
- **Trey Doty, M.Div., ACC** ofreció ayuda y apoyo a los miembros del comité durante y fuera de las reuniones, según lo solicitado, en reconocimiento del contenido difícil que se analizó y el trauma continuo que se está viviendo.

La accesibilidad fue un enfoque del trabajo del comité. Todos los materiales del comité estaban disponibles en inglés y español, se proporcionaron resúmenes en lenguaje claro de la información e investigación claves, y las reuniones incluyeron interpretación en español. También se proporcionó interpretación del lenguaje de señas estadounidense (American Sign Language, ASL) durante las últimas tres reuniones del comité para maximizar la accesibilidad durante los comentarios públicos. El documento que contenía comentarios públicos y la encuesta estuvieron disponibles en 12 idiomas.

Equidad de salud

Durante su apoyo al comité, el objetivo de la OHA para el ORAAC se declaró de manera transparente: guiar a quién recibe recursos escasos que salvan vidas cuando no hay suficientes para todos los que los necesitan, proteger la salud de todas las comunidades en Oregon y reducir las inequidades de salud y la desventaja causada por la opresión.

Definición de equidad de salud de la OHA:

Oregon contará con un sistema de salud que cree equidad de salud cuando todas las personas puedan lograr su bienestar y potencial total, y no se vean perjudicadas por su raza, origen étnico, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre las comunidades o identidades, u otras circunstancias determinantes a nivel social.

Lograr la equidad de salud precisa la colaboración continua de todas las regiones y los sectores del estado, incluidos los gobiernos tribales, para abordar los siguientes temas:

- La distribución equitativa o redistribución de los recursos y la influencia.
- El reconocimiento, la conciliación y la rectificación de las injusticias históricas y contemporáneas.

Aportes y recomendaciones del ORAAC

El personal de la OHA escribió este informe. Esta sección describe los aportes y las recomendaciones que brindaron los miembros del ORAAC.¹ La información que aparece en este informe final no representa las recomendaciones consensuadas. Si bien las recomendaciones consensuadas eran el objetivo inicial, no se pudieron lograr debido al plazo limitado para el trabajo del comité y a la diversidad de perspectivas y valores de sus miembros.

Compromisos del ORAAC

Al comienzo de su trabajo, los miembros del ORAAC establecieron y se comprometieron con un conjunto de acuerdos de trabajo sobre cómo se manejarían durante las reuniones (consulte el Apéndice B). Los miembros del ORAAC reconocieron que no existe un enfoque universalmente aceptado para la asignación de recursos de atención en caso de crisis. Los miembros del ORAAC se comprometieron a lo siguiente:

- Nos centraremos en la esperanza y la innovación en nuestro trabajo y no nos limitaremos por las prácticas actuales o a las opciones conocidas de priorización.
- Trabajaremos para promover la salud pública y lograr la justicia en los procedimientos a través de la transparencia, buscando aportes de la comunidad sobre recomendaciones que se presenten, evaluando los valores culturales locales relacionados con la asignación de recursos, teniendo en cuenta esta información como parte del desarrollo de recomendaciones y abordando las inquietudes que surjan. Priorizaremos el aporte de las comunidades que enfrentan las mayores inequidades en salud.

Los miembros del comité reconocieron la dificultad de las conversaciones del ORAAC, en especial para aquellos que enfrentan racismo, capacitismo,

¹ Este documento incluye una combinación de resúmenes abreviados de los aportes de los miembros de ORAAC, así como citas directas cuando sea posible.

discriminación por edad y otras formas de discriminación; que perdieron seres queridos debido al COVID-19; y cuyas comunidades se vieron afectadas de manera profunda e inequitativa por la pandemia. Los representantes de atención médica destacaron el daño moral al momento de brindar atención médica y el hecho de tomar decisiones frente a recursos limitados. El comité analizó el dolor, el trauma y la profunda necesidad del proceso continuo de sanación. Este trabajo debe reconocer el costo humano que ya se ha producido y la profunda pérdida de vidas que ocurrirá en el futuro si se activa la priorización de atención en caso de crisis.

Principios

El trabajo central del ORAAC comenzó con la revisión de cuatro principios publicados por la OHA en diciembre de 2020 en el documento [Principios para promover la equidad sanitaria durante eventos con recursos limitados](#) y resumidos en un documento en lenguaje claro, que incluye:

- No discriminación;
- Equidad de salud;
- Toma de decisiones dirigida por el paciente; y
- Comunicación transparente y eficaz.

En general, los miembros del ORAAC acordaron que estos son principios rectores importantes para el desarrollo de guías de atención en caso de crisis y la asignación de recursos escasos en una emergencia. El único cambio que los miembros del ORAAC recomendaron a los cuatro principios es cambiar la redacción que dice “dirigida por el paciente” por “toma de decisiones compartida y centrada en el paciente”.

Las siguientes declaraciones capturan las diferentes perspectivas y aportes de los miembros del ORAAC sobre estos principios en general:

- Los principios son importantes, pero debemos asegurarnos de que se traduzcan en acciones. Estar bien planificado para prevenir y actuar con eficacia durante una crisis es fundamental. La planificación y la práctica son esenciales.
- Queremos ver más planes preventivos para evitar que se produzca una crisis en primer lugar.

- La comunicación debe ser transparente y accesible; por ejemplo, los recursos deben estar disponibles en un lenguaje claro y deben considerar las necesidades de todas las edades y habilidades.
- Estos principios no se cumplen actualmente como parte de la prestación de atención médica de rutina. Se necesita capacitación para garantizar que la prestación de atención médica esté alineada con estos principios en todo momento.
- Estos principios deben representar las prácticas cotidianas del sistema de atención médica, no solo durante una crisis.

Toma de decisiones compartida y centrada en el paciente

Hubo un acuerdo general entre los miembros del ORAAC en que el objetivo siempre debe ser que la toma de decisiones sobre la atención médica se centre en los pacientes. La redacción “dirigida por el paciente” no pareció captar el proceso completo de toma de decisiones en el momento de una crisis. Los miembros del ORAAC afirmaron que la toma de decisiones debe incluir un enfoque de toma de decisiones en colaboración entre pacientes y proveedores. Los miembros del ORAAC sugirieron “toma de decisiones compartida y centrada en el paciente” como el mejor lenguaje para este principio.

Hubo aportes significativos de varios miembros del comité sobre este tema. Los temas principales se resumen a continuación:

- Comprender las preferencias del paciente para su atención en el momento de crisis es realmente importante. Se podría suponer que un paciente desea cada intervención médica posible; sin embargo, consultar es importante para que los proveedores de atención médica comprendan y tengan claro qué es importante para los pacientes.
- Los deseos del paciente deben determinarse lo antes posible. Lo ideal es que estas preferencias se registren por escrito antes de que ocurra una emergencia y se confirmen antes de iniciar la priorización de la atención en una crisis. Se deben recopilar datos para documentar que esta información se obtuvo y se confirmó de manera oportuna.
- Cuando los médicos hablan con un paciente, debemos comprender las dinámicas de poder que existen, como quién tiene acceso a más información en esta situación.

- Los proveedores de atención médica no pueden ni deben hacer juicios sobre la calidad de vida de los pacientes.
- Las comunidades marginadas no se han visto favorecidas por las relaciones entre pacientes y proveedores. El contexto histórico es importante en términos de cómo han sido las relaciones entre pacientes y proveedores.
- Es posible que la toma de decisiones con los pacientes deba incluir parejas, cónyuges y otros familiares. Es necesario reconocer la presión que se ejerce sobre las personas de asistencia.
- La viabilidad de la toma de decisiones compartida puede ser difícil durante una crisis; es posible que el equipo de atención médica no pueda seguir los deseos de un paciente o de sus familiares (por ejemplo, si no hay suficientes recursos para atender a todos los que los quieren y los necesitan).
- Las decisiones de priorización de atención en caso de crisis son una forma de lesión moral para los proveedores de atención médica, los pacientes y las familias.

Equipo de priorización

Los equipos de priorización juegan un papel fundamental en la implementación de la guía de atención en caso de crisis. Cuando hay un recurso absolutamente escaso para salvar vidas, se debe utilizar un proceso para priorizar de manera consistente y transparente a los pacientes que se beneficiarían de recibir ese recurso. El equipo de priorización es responsable de implementar el proceso de priorización para todos los pacientes que necesitan el recurso escaso, como dentro de un centro o sistema de atención médica determinado. Este equipo se describe en la Herramienta provisional de atención en caso de crisis existente de Oregon (página 4) de la siguiente manera:

El hospital debe designar un equipo de priorización de los estándares de atención en caso de crisis [crisis standards of care, CSC] con el fin de implementar las determinaciones de asignación de recursos de cuidados intensivos. Aquellos que actúan como representantes del equipo de priorización no deben cuidar al paciente que se está evaluando, a no ser que esta se vuelva una condición imposible de cumplir dada la capacidad de personal del hospital. El personal de priorización debe abstenerse de participar en las determinaciones de priorización para los pacientes que están tratando ellos mismos, a menos que no exista otra opción.

Los miembros del ORAAC analizaron varios aspectos del equipo de priorización y ofrecieron sugerencias para actualizar la guía actual de la OHA. A continuación, encontrará un resumen de estos análisis y recomendaciones. También se incluyen las preguntas e inquietudes pendientes expresadas por el comité con respecto al equipo de priorización.

Función y responsabilidad del equipo de priorización

Los miembros del ORAAC identificaron que el propósito del equipo de priorización es salvar vidas y prevenir la discriminación. Algunas de las recomendaciones del ORAAC sobre la función del equipo de priorización incluyen:

- El equipo de priorización debe operar dentro de una definición de los roles del equipo clara y concisa.
- Los miembros del equipo de priorización deben apoyarse y responsabilizarse mutuamente a través de la práctica continua del aprendizaje, la capacitación y la documentación de los errores que ocurran.
- El equipo de priorización tiene la responsabilidad de trabajar dentro del plazo necesario para tomar decisiones.
- La OHA debe apoyar el desarrollo del rol del equipo de priorización de las siguientes maneras:
 - Resumir las prioridades y proporcionar procesos a modo de ejemplo para que los utilicen los equipos de priorización; y
 - Configurar métricas de equidad e inclusión.

Representantes del equipo de priorización

Las pautas provisionales de atención en caso de crisis de la OHA especifican que los equipos de priorización deben estar compuestos por médicos con experiencia relevante; un especialista en ética médica; un experto en diversidad, equidad e inclusión; y un asistente administrativo. Los miembros del ORAAC mencionaron la importancia de agregar a un representante de la comunidad al equipo de priorización cuando sea posible. Además, los miembros del ORAAC indicaron la importancia de un lenguaje culturalmente receptivo y accesible durante el proceso de priorización.

Las recomendaciones de varios miembros del ORAAC con respecto a la representación en el equipo de priorización son las siguientes:

- Incluir a un experto de la comunidad, como un trabajador de salud comunitario, en el equipo de priorización para informar y apoyar la toma de decisiones.
- Incluir a un intérprete como parte del equipo para apoyar la comunicación con los pacientes involucrados en el proceso de priorización que hablan otros idiomas distintos del inglés.

Surgió una pregunta sobre qué problemas relacionados con la privacidad o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) deberían resolverse para que un experto de la comunidad participe en el equipo de priorización.

Capacitación, experiencia y apoyo al equipo de priorización

El equipo de priorización debe poder aprovechar la experiencia, la capacitación y el apoyo pertinentes para cumplir su función durante una crisis. Los miembros del ORAAC identificaron varias áreas de enfoque al establecer la capacitación y el apoyo para el equipo de priorización. Los miembros del ORAAC recomiendan que:

- Los equipos de priorización reciban capacitación sobre cómo comunicarse con diferentes audiencias, en varios estilos o formatos.
- También se recomienda la capacitación en diversidad, equidad e inclusión, incluida la capacitación contra el racismo, así como la identificación y el abordaje de sesgos implícitos y la prevención de la discriminación por motivos de raza, etnicidad, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social u otras circunstancias socialmente determinadas.
- Los miembros del ORAAC recomendaron que los equipos de priorización tengan un conocimiento profundo de la población a la que atiende el hospital antes de una crisis.
- También se necesita capacitación y experiencia en enfoques centrados en el trauma.
- El comité analizó la necesidad de aprender cómo crear, evaluar y apoyar un entorno que no active el sesgo.
- Algunos miembros compartieron inquietudes sobre la viabilidad de capacitar a todos los proveedores de atención médica que puedan responder a una crisis. Otros reconocieron que las capacitaciones

anteriores serían importantes para brindar atención incluso durante el funcionamiento normal.

- Los miembros del ORAAC recomiendan que los equipos de priorización reciban una capacitación adecuada sobre la implementación de enfoques de priorización de atención en caso de crisis para garantizar la coherencia operativa. La capacitación debe ser uniforme y estar disponible en todos los sistemas de salud.
 - Los miembros del ORAAC preguntaron quién proporcionaría las capacitaciones recomendadas para garantizar que todos los equipos de priorización obtengan la misma información. Preguntaron si sería razonable la capacitación continua en un proceso que podría tener que implementarse una vez cada diez años.

Los miembros del ORAAC identificaron las siguientes recomendaciones relacionadas con la capacitación y el apoyo para los equipos de priorización y destacaron la necesidad de la OHA u otra ayuda estatal:

- Brindar contenido y capacitación consistentes para los proveedores y sistemas de atención médica en todo el estado;
- Garantizar que los miembros del equipo de priorización tengan acceso a apoyo emocional y psicológico en reconocimiento de la naturaleza difícil de la priorización y la toma de decisiones sobre la atención en caso de crisis;
- Desarrollar o compartir herramientas sobre comunicación efectiva con pacientes, familias y otras audiencias;
- Capacitar a los proveedores de todas las disciplinas sobre las directivas anticipadas, las Órdenes portátiles de tratamiento de soporte vital (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST), la tutela, los defensores de atención médica y demás, incluida la función y la autoridad de cada uno de estos;
- Fomentar la coordinación, la capacitación y el intercambio de recursos a nivel regional;
- Capacitar a los equipos de priorización sobre el tema de las suposiciones y los sesgos relacionados con la calidad de vida;
- Coordinar con los líderes del sistema de salud para proporcionar una comunicación constante al personal del hospital y afirmar los valores compartidos en los que se basan las pautas de atención en caso de crisis; y

- Desarrollar o compartir herramientas sobre enfoques centrados en el trauma.

Los miembros del ORAAC recomiendan que los líderes del hospital y del sistema de salud participen en las siguientes tres medidas para apoyar a los equipos de priorización:

1. Comunicarse con el personal con respecto a los esfuerzos de planificación.
2. Organizar sesiones de escucha o foros para todos los que estarán involucrados en la prestación de atención en caso de crisis.
3. Considerar cómo se pueden aprovechar las capacitaciones existentes para los estándares de atención actuales con el fin de preparar mejor al personal para brindar servicios en un equipo de priorización.

Ideas para tener en cuenta

Los miembros del ORAAC propusieron varias ideas adicionales relacionadas con los enfoques centrados en la comunidad, una mejor comprensión de los CSC, el apoyo a los sistemas de salud y el apoyo regional para el desarrollo de equipos de priorización.

Centrados en la comunidad. Los miembros del ORAAC también destacaron la importancia de las prácticas centradas en la comunidad para apoyar al equipo de priorización. La sólida comprensión de qué condiciones médicas están presentes en la comunidad debe orientar el trabajo del equipo de priorización. Los hospitales deben trabajar para involucrar y crear relaciones con los miembros de la comunidad que enfrentan una marginación histórica y continua e inequidades de salud para mejorar la atención y prepararse para una respuesta a una crisis futura. Los miembros señalaron que la comunidad en general deberá aceptar las recomendaciones y pautas.

Educación. Los miembros del ORAAC analizaron la importancia de garantizar que la fuerza laboral de atención médica y el público en general tengan una mejor comprensión de la guía de atención en caso de crisis. Esta capacitación comunitaria debe darse antes de una crisis para que las personas entiendan el razonamiento detrás de los estándares y cómo se implementan. Los miembros de

la comunidad pueden tener preguntas sobre lo que es aceptable durante una crisis, lo que no es posible y por qué.

Flexibilidad. Los representantes del sector de la atención médica solicitaron que la OHA ofreciera un grado de flexibilidad a medida que trabajan para cumplir con la guía de atención en caso de crisis, y con las pautas del equipo de priorización, en especial en el momento del inicio de una emergencia. Tenían preguntas sobre las expectativas de cumplimiento y solicitaron tiempo para desarrollar equipos de priorización antes de que ocurra cualquier posible aplicación.

Recursos estatales y regionales. Algunos miembros del comité identificaron la posibilidad y la importancia de aprovechar los grupos regionales de planificación de respuesta ante desastres existentes. Estos grupos analizan la disponibilidad de recursos en toda la comunidad y aprovechan las relaciones entre los hospitales a nivel regional para garantizar que la atención permanezca disponible cuando uno o más hospitales se vean seriamente afectados por una crisis. Al menos un miembro del comité planteó la inquietud de que en el trabajo del ORAAC no se tuvieron en cuenta las estructuras de coordinación ni los planes existentes para desastres.

Los miembros del ORAAC compartieron inquietudes significativas sobre la capacidad de los hospitales para formar y poner en marcha un equipo de priorización, en especial los hospitales pequeños (por ejemplo, hospitales de acceso crítico). Los miembros del ORAAC sugirieron un enfoque regional para formar equipos de priorización con el fin de atender múltiples hospitales u ofrecer un equipo de priorización remoto en todo el estado y respaldar a los hospitales de bajos recursos. También se recomendó que la OHA sea responsable de contar con un grupo de personas capacitadas disponibles para dar apoyo o participar en equipos de priorización, como expertos en equidad, diversidad e inclusión, trabajadores de salud comunitarios y otros expertos.

Responsabilidad. Durante las deliberaciones del ORAAC, los representantes de los hospitales expresaron reiteradamente la necesidad de amplias protecciones de responsabilidad para los proveedores de atención médica en Oregon que participan en la prestación de atención médica durante una crisis y que participan en la asignación de recursos como parte de un equipo de priorización. El personal de la OHA aceptó esta opinión, pero también recordó a los miembros del comité

que el tema de las protecciones de responsabilidad estaba fuera del alcance del ORAAC y que la OHA no tenía autoridad para otorgarlas. Una protección más amplia de la responsabilidad requeriría medidas legislativas.

Priorización de la atención en caso de crisis

Objetivo

Durante el trabajo del ORAAC, los miembros revisaron y debatieron sobre la función de la discriminación estructural y los impactos sobre la equidad sanitaria, incluido el efecto potencial en los estándares de atención en caso de crisis. Se revisaron ejemplos de discriminación estructural en la medicina, incluido el racismo y el capacitismo, y de desigualdad en los resultados de salud. Además, se exploró y se debatió sobre el legado de la corrección racial en la medicina clínica y sus impactos. Los miembros del ORAAC describieron experiencias de discriminación, incluidos el capacitismo, la discriminación por edad, el clasismo y el racismo.

El subcomité y el ORAAC completo deliberaron sobre el propósito fundamental de la priorización de atención en caso de crisis: ¿empeoraremos, mantendremos o reduciremos las inequidades en la salud a través de los enfoques de la priorización en atención en crisis elegidos?

Muchos de los miembros del ORAAC se identificaron con el objetivo y la prioridad de reducir las inequidades en la salud a través de una guía de atención en caso de crisis y de enfoques de priorización. Los miembros del ORAAC indicaron que los enfoques de priorización de la atención en caso de crisis deben, como mínimo, evitar que las inequidades en la salud empeoren.

Algunos de los miembros del ORAAC compartieron su preocupación por el objetivo de la priorización de la atención en caso de crisis de abordar la equidad en la salud, y afirmaron que la atención clínica y la priorización de la atención en caso de crisis no deben tener como objetivo la rectificación de inequidades en la salud más amplias a nivel social. Al menos un miembro del ORAAC afirmó que los equipos de priorización no deben asumir la carga de resolver los impactos negativos en la sociedad, y que tampoco debe esperarse que reviertan las desventajas existentes. Otros miembros del ORAAC resaltaron la necesidad de abordar la equidad sanitaria en los enfoques de priorización de la atención en

caso de crisis, dado que las decisiones tomadas a través de estos enfoques pueden dar como resultado inequidades en la salud y exacerbar las desventajas.

Opciones de priorización

Los miembros del ORAAC revisaron seis enfoques potenciales para utilizarlos en la priorización de la atención en caso de crisis, incluida la información detallada relacionada con la justificación y las desventajas para cada enfoque según lo informa el subcomité. Estos enfoques de priorización se consideraron como opciones independientes, así como también se tuvieron en cuenta para la inclusión en un enfoque de criterios múltiples. Las opciones de priorización principales consideradas incluyen:

- Pronóstico clínico
- Oportunidades equitativas
- Trabajador esencial
- Efecto multiplicador
- Principio del ciclo de vida
- Evaluación de fallo orgánico secuencial (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) y SOFA modificada (mSOFA).

Un resumen completo de cada enfoque de priorización considerado por el ORAAC se detalla en [este documento](#) que se puso a disposición para comentarios del público.

Los miembros del ORAAC revisaron las preocupaciones que surgieron sobre anteriores guías de atención en caso de crisis y la investigación emergente sobre las herramientas de priorización disponibles. Los miembros del ORAAC reconocieron que no existe un enfoque universalmente aceptado para la asignación de recursos de atención en caso de crisis. Reconocieron que todas las opciones deben incluir una justificación: no hay enfoques neutrales e incluso los datos médicos aparentemente objetivos implican juicios de valor. Los miembros del ORAAC aportaron información sobre estos enfoques a través de debates grupales grandes y pequeños, sondeos y una encuesta final. Entre los 25 miembros del comité, hubo una tasa de respuesta del 40 % para los sondeos y una tasa de respuesta del 72 % para la encuesta final del comité. Tres miembros del comité optaron por no proporcionar recomendaciones relacionadas con opciones de priorización específicas en sus respuestas de la encuesta; en lugar de esto, brindaron información o áreas de preocupación más generales. Un total de

16 miembros del comité brindaron recomendaciones específicas para las opciones de priorización a utilizar en un enfoque de criterios múltiples. Los diferentes aportes y las perspectivas de los miembros del ORAAC sobre los enfoques de priorización se resumen a continuación.

Pronóstico clínico: Entre todos los enfoques de priorización revisados, el pronóstico clínico fue el enfoque de priorización que se recomendó con mayor frecuencia para la inclusión en un proceso de priorización de criterios múltiples. Catorce de los dieciséis encuestados (87 %) que hicieron comentarios sobre los enfoques de priorización preferidos recomiendan este enfoque. Muchos de quienes apoyaron este criterio indicaron que debía aplicarse como el primer paso en la priorización de la atención en caso de crisis. Se plantearon preocupaciones sobre la consistencia y la viabilidad, especialmente desde que este enfoque está basado en el juicio clínico sin la disponibilidad actual de una herramienta de puntuación de las posibilidades de supervivencia aceptable. Algunos comentarios específicos de las encuestas y los debates del ORAAC sobre el pronóstico clínico como criterio de priorización incluyen:

- El pronóstico clínico debe ser lo más objetivo posible, con controles para evitar el sesgo y para mantener la consistencia clínica.
- El pronóstico clínico es la mejor [opción], ya que crea una oportunidad para la interacción personal y toma de decisiones oportuna teniendo en cuenta la situación en cuestión.
- Apegarse a evaluaciones predecibles es la mejor opción.
- Preocupación por la posibilidad de sesgo y falta de consistencia en la determinación del pronóstico clínico en todos los sistemas de salud.
- Preocupación porque hay una gran brecha en los porcentajes de posibilidades de supervivencia dentro de cada grupo de prioridad propuesto: El grupo de prioridad 2 tiene una probabilidad de supervivencia hasta el alta de entre 11 % y 89 % si se le proporciona el recurso.

Oportunidades equitativas (y otros enfoques basados en la desventaja): Once de dieciséis encuestados (68 %) recomendaron dar prioridad a las personas que experimentan la mayor desventaja. De esos, nueve recomendaron utilizar el enfoque de oportunidades equitativas como se describe en el documento para comentarios del público. Además, uno de estos encuestados apoyó el uso de

medidas adicionales a nivel individual para identificar otras desventajas más allá de la ponderación geográfica utilizada en el enfoque de oportunidades equitativas. Dos miembros del ORAAC indicaron la preferencia por el uso del Índice de privación de zona (Area Deprivation Index, ADI) para agregar prioridad teniendo en cuenta la desventaja a través del uso de un sistema de puntos o “factor de corrección” después de la puntuación para el pronóstico clínico (por ejemplo, en lugar de utilizar el ADI como parte del enfoque de oportunidades equitativas). Algunos miembros tienen preguntas adicionales sobre las oportunidades equitativas; por ejemplo, si la dirección de una persona es verdaderamente suficiente información para determinar si ha sido o no víctima de desigualdad. Dos encuestados recomendaron enfáticamente que no se utilice el criterio de oportunidades equitativas en la asignación de recursos escasos para salvar vidas.

Los comentarios y la información de los miembros del ORAAC a favor y en contra del uso de los enfoques equitativos se detallan a continuación:

- La combinación del pronóstico clínico y las oportunidades equitativas elimina la desventaja de las comunidades de personas negras, indígenas y personas de color (Black, Indigenous, and People of Color, BIPOC).² Este enfoque crea oportunidades.
- Se recomienda [agregar] algo que pueda considerar la persona que tenemos ante nosotros (por ejemplo, raza/etnicidad, estado de discapacidad, ingresos/clase, destinatario de atención domiciliaria, trabajador esencial) y refleje lo que observamos en términos de índice de desventaja (Puntaje en el Índice de vulnerabilidad social [Social Vulnerability Score, SVI] o ADI), pero que no sea impulsados completamente por factores geográficos. Existe la preocupación de que la gente marginada históricamente, pero que vive en códigos postales con mayor poder adquisitivo, por ejemplo, debido a la gentrificación, esté en riesgo de quedar fuera o no ser tomada en cuenta.

² Este término se utiliza a lo largo de todo el informe para respetar el lenguaje usado por los miembros del comité. Cabe observar que la OHA tiene como práctica referirse a las personas de la manera en que estas desean que se las identifique o referirse al grupo específico al que pertenecen en lugar de usar el término general BIPOC. Reconocemos que este término puede simplificar demasiado las comunidades y culturas que tienen identidades, experiencias y percepciones del mundo diversas.

- Preferencia por la corrección de equidad desde el principio (justo después del pronóstico clínico), lo que significa que debe alterar el puntaje en lugar de utilizarse en una lotería ponderada si se incluyeran más criterios de desempate.
- El criterio de las oportunidades equitativas es poco adecuado y problemático para la toma de decisiones en hospitales y las salas de emergencias. [En lugar de eso] debería utilizarse para asignar recursos que no sean de emergencia para las iniciativas de atención médica en afecciones médicas crónicas de la población. No ha sido validado a nivel individual.
- La puntuación equitativa junto a la cabecera del paciente no es apropiada, ya que está diseñada para considerar efectos poblacionales, no resultados de pacientes específicos.
- No se debe colocar a los médicos y las enfermeras en la situación de revertir los prejuicios de la sociedad cuando intentan salvar vidas. Es demasiado tarde para aplicar las evaluaciones de equidad junto a la cabecera del paciente durante la asignación de recursos escasos.

Criterio de capacidad: Un total de siete encuestados (43 %) recomienda el uso de un enfoque de ocupación, con más a favor de utilizar el criterio de trabajador esencial (31 %) en comparación con el criterio del efecto multiplicador (12 %). Un encuestado adicional recomendó considerar la priorización del trabajador esencial en ciertas circunstancias (por ejemplo, en contextos de escasez de fuerza laboral). Dos miembros del comité compartieron su oposición al uso del efecto multiplicador. Los comentarios adicionales relacionados con el uso de estos enfoques incluyen:

- Si se utilizan los criterios de trabajador esencial para la priorización, el personal de atención a largo plazo y atención domiciliaria debe incluirse en la definición de trabajadores esenciales.
- Algunas personas recomiendan que los trabajadores esenciales deben designarse teniendo en cuenta el tipo de desastre y deben considerarse al nivel del paciente individual; existe la preocupación de que los datos regionales (geográficos) atenúen la importancia de este criterio.

- En cambio, otro miembro del ORAAC planteó la preocupación de que la aplicación del criterio de trabajador esencial a nivel individual sería difícil de implementar a nivel logístico.
- Hubo una pregunta relacionada con qué trabajo u ocupaciones deberían considerarse esenciales, ante la preocupación de pasar por alto a personas que realizan trabajos que no se encuentran en la primera línea.
- Otro miembro cuestionó si la profesión de una persona hace que su vida sea más valiosa que la de otra persona que no tuvo la oportunidad de adquirir una profesión.
- Preocupación por un conflicto de intereses potencial con la priorización de los trabajadores de atención médica.
- El efecto multiplicador puede reforzar la desigualdad existente.
- La consideración para priorizar a los trabajadores esenciales puede ser necesaria en una emergencia si los sistemas y los procesos no pueden mantenerse debido a la falta de personal durante una crisis.

Principio del ciclo de vida: Seis miembros del comité recomiendan enfáticamente que no se utilice el principio del ciclo de vida. Varios miembros del comité compartieron su preocupación seria sobre este enfoque y desilusión por que la OHA siga manteniendo esta opción abierta a la consideración de los miembros del comité o como parte del proceso de comentarios del público. Tres encuestados recomendaron el uso del principio del ciclo de vida en la asignación de recursos, con una propuesta para utilizar el ciclo de vida como factor de desempate.

Los comentarios sobre el principio del ciclo de vida incluyeron:

- El ciclo de vida puede ser insensible a nivel cultural. Darle valor a la gente más joven por encima de los mayores no es un valor que todas las culturas sostengan, especialmente las culturas no occidentales.
- Este enfoque prioriza a las personas más jóvenes y relega a nuestros mayores. Sin nuestros mayores, muchas tradiciones o normas culturales se perderán o se olvidarán.
- El ciclo de vida es discriminatorio por edad y capacitista.

- El ciclo de vida es fundamentalmente discriminatorio; infunde la edad y suposiciones inapropiadas sobre la calidad de vida y los valores sobre lo que significa una “buena” vida.
- El ciclo de vida se verá como un sustituto de la edad, creando muchos problemas, incluyendo desafíos legales.
- La edad como factor de supervivencia podría aplicarse al pronóstico clínico: la edad superior a 65 años fue uno de los predictores de mortalidad independientes más poderosos entre las personas hospitalizadas por COVID.
- Se compartió la creencia de que la mayoría de los residentes de Oregon, incluidas las personas mayores, priorizarían a nuestros hijos y nietos.

SOFA/mSOFA: Siete miembros del ORAAC compartieron una fuerte oposición al uso de la SOFA/mSOFA, con base en la evidencia publicada de que esta herramienta no predice con exactitud las posibilidades de supervivencia y aumentará las inequidades en la salud. Dos miembros sí recomendaron el uso de la SOFA/mSOFA. Los comentarios en apoyo al uso de la SOFA/mSOFA indicaron que los hospitales han sido capacitados y están equipados para aplicar la mSOFA. Además, había un interés por utilizar esta herramienta debido a la viabilidad de uso y la oportunidad de aplicación consistente.

La información relacionada con la SOFA/mSOFA compartida por miembros del comité incluye lo siguiente:

- La SOFA y la mSOFA solo están validadas para la sepsis y no se aplican para la priorización general.
- El uso de la SOFA/mSOFA empeorará la desigualdad en la salud.
- A pesar de que se determinó que la SOFA no fue suficiente para predecir la probabilidad de supervivencia en todas las razas, constituye una base para desarrollar una guía para la toma de decisiones objetivas. Se requieren ajustes apropiados para los valores químicos y las imágenes clínicas de los grupos raciales o étnicos que conforman la comunidad.
- La gente necesita comprender la relación entre la intención y el impacto. Si una herramienta o una política con buenas intenciones empeora la inequidad en la salud entre nuestras comunidades más vulnerables,

entonces, esas políticas o herramientas deben cambiarse radicalmente o dejarse a un lado.

Enfoque de priorización: características ideales

Tras reconocer que no existe un enfoque aceptado universalmente sobre la asignación de recursos para la atención en caso de crisis, los miembros del ORAAC expresaron un entendimiento compartido de que cualquier herramienta de priorización adoptada o cualquier herramienta que esté disponible en el futuro deberá evaluarse. Los miembros del ORAAC proporcionaron comentarios sobre la siguiente lista de las características ideales de la herramienta de priorización propuesta para dicha evaluación continua:

- precisa, confiable y fácil de usar;
- aplicable a una amplia variedad de afecciones de los pacientes;
- aplicable a la emergencia actual;
- imparcial, no discriminatoria y que no empeore las inequidades en la salud; y
- que reconozca las afecciones de salud específicas de la comunidad.

Los miembros del ORAAC brindaron comentarios y sugerencias para los criterios adicionales incluyendo:

- Aplicabilidad para diferentes grupos etarios (por ejemplo, si la misma herramienta se utiliza para niños y adultos).
- Adaptaciones en lenguaje simple, para que todos puedan leerlos y entenderlos. Hacerlos accesibles para que todas las comunidades puedan obtener una copia en su idioma preferido.
- Deben permitir la recolección de datos y ser rastreables.
- Respaldados por herramientas de diagnóstico clínico con base en información objetiva, con ajustes que reconozcan los valores estandarizados de los grupos raciales y étnicos en la población.
- Respetar y valorar a cada paciente, incluyendo la necesidad de cuidados paliativos y de confort.
- Escuchar al paciente sin utilizar el tema como símbolo de inclusión o para evitar la apariencia de discriminación o prejuicios. Evitar un enfoque rutinario o hacer suposiciones.
- Incluye una declaración clara del objetivo de la herramienta de priorización.
- Libre de responsabilidad.

- Que no sobrecargue a proveedores de atención exhaustos y con escasez de personal en medio de una emergencia con el registro de datos y la investigación de la información demográfica de los pacientes.
- Viable para su aplicación en el momento de una emergencia.
- La viabilidad no debe ser el centro de atención: la viabilidad debe reconocerse como un instrumento que podría impedir la innovación.
- La lista describe una herramienta de priorización ideal, pero es probable que debamos elegir la herramienta mejor diseñada disponible en cualquier momento dado, con sus limitaciones. Puede que esta herramienta no satisfaga las características ideales mencionadas anteriormente. Sin embargo, las características mencionadas podrían ayudarnos a avanzar en la dirección correcta para diseñar la mejor herramienta posible.
- Varios encuestados dijeron que la lista parece completa y que no tenían ninguna recomendación adicional para agregar.

Otra información relacionada con los enfoques de priorización de la atención en caso de crisis

Los miembros del ORAAC compartieron información adicional relacionada con el tema de la priorización de la atención en caso de crisis:

- Las consideraciones de equidad, justicia e igualdad podrían garantizar la consistencia en la aplicación de un modelo de priorización para todos los residentes de Oregon independientemente de dónde vivan, lo que requiere coordinación.
- Es poco probable que los estándares propuestos puedan implementarse y ciertamente dentro del plazo necesario para tomar decisiones clínicas para salvar vidas.
- Se debe desarrollar un modelo de priorización de criterios múltiples adaptable según el tipo de crisis. Diferentes tipos de crisis pueden justificar la priorización de diferentes grupos.
- Se compartió la preocupación porque el ORAAC no logró avanzar para enfocarse en la esperanza y la innovación debido al deseo de utilizar y debatir el principio del ciclo de vida y la SOFA/mSOFA, incluso cuando estos criterios empeoran las inequidades en la salud y no cumplen con los lineamientos generales establecidos por la OHA.

- Debemos reconocer y aceptar que las políticas y prácticas antes de la pandemia, durante y después de esta (aquellas que todavía están en uso) dan lugar a peores resultados para las comunidades marginadas históricamente.
- La guía debe contemplar de manera específica la priorización de la población pediátrica, un tema que no fue abordado por el ORAAC.
- Los criterios considerados no están validados; necesitamos un método para revisar los resultados y revisar los criterios de cara al futuro.
- Considerar asociarse con Washington para usar una metodología similar.
- Varios miembros del ORAAC observaron que el comité no consideró la innovación.
- De haber sido capaces de encaminar nuestras discusiones hacia la esperanza y la innovación, quizá podríamos haber realizado un intercambio de ideas sobre la posibilidad de crear una mejor herramienta estandarizada.
- En general, el [documento que describe las opciones de priorización para obtener comentarios del público] está muy bien hecho, pero es bastante largo y no es para un nivel de lectura de sexto grado.

Recopilación de datos

Los equipos de priorización deben recolectar cierta información para informar el proceso de priorización y permitir una revisión retrospectiva. La OHA proporcionó una revisión de la Norma Administrativa de Oregon (OAR) 333-505-0036 a los miembros del comité que entró en vigencia a partir del 24 de enero de 2023. Según esta norma, un hospital debe documentar la siguiente información para cada paciente que está sujeto a la decisión de priorización³:

- A. Número de historial médico del paciente.
- B. Nombre y ubicación del hospital.
- C. Fecha de nacimiento del paciente.
- D. Orientación sexual e identidad de género del paciente, si se conocen.
- E. La raza, la etnicidad, el idioma y la discapacidad del paciente, de conformidad con el capítulo 950, división 30 de las OAR.

³Según la [OAR 333-505-0036](#), las “Decisiones de priorización” significan las decisiones necesarias para priorizar equitativamente los recursos a fin de brindar atención crítica a los pacientes durante una emergencia.

- F. Si en el momento de ingresar al hospital, el paciente estaba usando un ventilador personal u otro equipo o recursos de tratamiento médico personal.
- G. El domicilio del paciente, si se trata de una persona sin hogar o si se desconoce su estado de vivienda.
- H. Las preferencias de atención del paciente, documentadas en una directiva avanzada, órdenes portátiles de tratamiento de soporte vital (POLST) o tal como fueron comunicadas por un representante de atención médica, una persona de apoyo o un miembro de la familia.
- I. El grado de priorización del paciente y el resultado clínico.

Los miembros del ORAAC observaron que las prácticas estándar de control de calidad podrían respaldar la recolección de datos para la priorización. Dichas prácticas incluyen el uso de la tecnología apropiada para reunir datos, registrar las conversaciones sobre decisiones de priorización para su revisión y análisis y la auditoría de los registros para verificar la consistencia y la calidad de la recolección de datos. Además, es importante saber quién está recolectando los datos e ingresándolos en el registro.

Los miembros del ORAAC plantearon varias consideraciones para que se recolecten datos adicionales durante la priorización:

1. Disponibilidad de servicios de interpretación con intérpretes bilingües y biculturales.
2. Registrar el momento en que se recolectan los datos sobre las preferencias de atención al paciente y cómo se utilizan en el proceso de priorización.
3. La documentación más allá de si un paciente tiene su propio equipo médico, que incluya si este funciona correctamente y si el paciente conoce su uso apropiado cuando llega a un centro de atención médica.

Después de la priorización de la atención en caso de crisis

En general, la tarea del ORAAC era recomendar actualizaciones para la guía de Oregon con respecto a quién recibe recursos escasos que salvan vidas cuando no hay suficientes para todos los que los necesitan. Durante el trabajo del ORAAC, los miembros reconocieron que será necesario evaluar frecuentemente los enfoques escogidos, revisar datos, aprender y perfeccionar la guía. Además, los sistemas de salud deben desarrollar asociaciones continuas con las comunidades más

afectadas por las inequidades de salud, para desarrollar y perfeccionar las pautas de atención en caso de crisis y otros enfoques para reducir las inequidades de salud.

Además, los miembros del comité indicaron que la guía para la atención en caso de crisis es solo un componente de las iniciativas más amplias que se necesitan antes y durante una emergencia de salud pública para proteger al público y reducir las inequidades. Estas iniciativas más amplias incluyen, entre otras cosas, lo siguiente:

- Preparación para emergencias.
- Amplio acceso a atención y necesidades médicas culturalmente receptivas.
- Acceso a apoyos que permitan a las personas con discapacidad lograr la independencia deseada y comunicar sus necesidades y objetivos.
- Una fuerza laboral de atención médica diversa, receptiva y respaldada.
- Comunicación local, regional, estatal e interestatal.
- Traslado de pacientes para acceder a la atención necesaria (también llamado “equilibrio de la carga”).

Comentarios globales

La OHA recibió comentarios sustanciales sobre el trabajo general y el proceso del comité, que se resumen aquí:

Estructura del comité:

- Los comentarios de los miembros mencionaron la preocupación de que los médicos y los administradores de hospitales tuvieron una enorme influencia sobre el comité, de que no se generó confianza y de que hubo una relación desigual de poder entre los miembros.
- Se recomendó que la membresía de cualquier comité futuro debe ser considerada cuidadosamente y debe contar con una fuerte ponderación, con representación de personas que tengan experiencia de vida de las comunidades marginadas y sufran inequidades sanitarias de manera desproporcionada. Deben incluirse más líderes comunitarios discapacitados y BIPOC.
- Los comentarios adicionales indicaron que las pautas específicas requieren más información por parte de profesionales.

- Los miembros del ORAAC que no participaron en subcomités manifestaron su decepción por no poder presenciar todas las deliberaciones de los debates de estos para tratar los enfoques de priorización, pero agradecieron el trabajo y el tiempo extra dedicado por los participantes de dichos subcomités. En los comentarios del ORAAC también se lamentaba que la OHA no haya convocado a un segundo subcomité para tratar el tema de los equipos de priorización y la recopilación de datos como era la idea original, y lo describen como una oportunidad perdida.
- Los miembros observaron que la inclusión en el comité de la opinión de las personas más vulnerables y más afectadas por estas decisiones es algo único e innovador. Se agradeció a la OHA por haber dado prioridad a esta cuestión.

Necesidades de la comunidad:

- Los comentarios de los miembros incluyeron el agradecimiento por el trabajo realizado con miras a la distribución de recursos escasos teniendo en cuenta la diversidad, los principios de equidad e inclusión y la consideración de las distintas necesidades de la comunidad.
- Un comentarista indicó que hemos pasado todo el año escuchando a las comunidades subrepresentadas y desfavorecidas hablar de su experiencia de discriminación en el sistema de atención médica, tanto a lo largo de muchos años de historia como durante la reciente pandemia del COVID-19. Varias sugerencias realizadas durante las reuniones han indicado cambios necesarios y valiosos a tener en cuenta en la prestación diaria de servicios de atención médica y en cómo respondemos a un desastre o crisis.

De cara al futuro:

- Los comentarios de los miembros indicaron un sentido de optimismo, mientras reconocen que hay más trabajo por hacer para trasladar este trabajo de la teoría a la práctica.
- Se señaló que la guía para la atención en caso de crisis sobre la que se debatió se enfocó en la asignación de recursos en entornos de cuidados críticos, como las unidades de cuidado intensivo hospitalarias. Se necesitará una guía más amplia para informar todas las necesidades de asignación de

recursos necesarias durante una crisis (por ejemplo, en el lugar de un desastre o en los entornos previos al hospital).

- En los comentarios de destacó que las pautas de atención en caso de crisis deben conectarse con los Servicios médicos de emergencias (Emergency Medical Services, EMS) del estado y el sistema de trauma y aprovechar los aprendizajes de las respuestas a desastres estatales durante los incendios forestales y la pandemia de COVID-19.
- Los miembros del ORAAC manifestaron la preocupación de que las recomendaciones como tales están lejos de convertirse en una guía específica. Remarcaron la importancia de desarrollar pautas que puedan llevarse a la práctica y de apoyar la capacitación, por ejemplo, a través de ejercicios de simulación más adelante.
- Por último, los miembros del ORAAC observaron que la pandemia dejó en evidencia las profundas inequidades que existen y la desconfianza en nuestro sistema de salud. Sus miembros deben ponerse en acción y pensar en lo que pueden hacer personalmente. Si bien la tarea del comité ya terminó, hay mucho trabajo por hacer.

Reconocimientos y próximos pasos de la OHA

Este comité fue constituido por la OHA con el apoyo de consultores expertos. El informe final fue preparado por personal de la OHA.

La OHA tomó varias decisiones que afectaron el alcance del trabajo del comité. Primero, la OHA determinó que el ORAAC no debatiría sobre el estado de embarazo como criterio para la asignación de recursos de atención en caso de crisis. La OHA reconoció que el comité no contaba con los expertos necesarios para explorar este tema en profundidad. Además, la agencia quería evitar la superposición con las deliberaciones legislativas en curso sobre la salud reproductiva como parte del período legislativo 2023 de Oregon.

Además, la OHA decidió poner de manifiesto de manera transparente las preocupaciones por el principio de ciclo de vida y el uso continuo de la herramienta SOFA/mSOFA en los materiales. La decisión de la OHA tomó en cuenta las crecientes preocupaciones comunicadas por los miembros del comité así como los estudios de investigación publicados, decisiones de otros estados de no utilizar la SOFA, y las críticas de los hospitales y los especialistas en ética que se

identificaron durante el trabajo del comité. Sin embargo, la OHA optó por no eliminar estas opciones de la deliberación completa. La OHA optó por considerar diversas perspectivas a través de comentarios del comité y del público. La OHA reconoce que la inclusión continua de estas opciones en la deliberación pública resultó preocupante para algunos miembros.

De igual forma, la OHA también recibió comentarios que afirman que la forma en la que se identificaron algunas de las opciones de priorización puede haber sesgado a los encuestados contra la consideración de estas opciones. Este comentario de los miembros del ORAAC subrayó el temor de que la forma en que la OHA enmarcó el tema infundió sesgos en el proceso.

Por último, la OHA hizo el intento de convocar a otro subcomité para abordar el tema de los equipos de priorización y la recopilación de datos, pero no logró identificar a un número suficiente de miembros con antecedentes diversos que puedan participar en más reuniones. En su lugar, incluyó estos temas en las reuniones del ORAAC completo para la deliberación y el desarrollo de recomendaciones.

Para concluir, la OHA desea agradecer a los miembros del ORAAC y a los consultores por todo el tiempo dedicado al trabajo para mejorar la guía de atención en caso de crisis de Oregon. Reconocemos el trauma potencial y el impacto de este tema. Además, reconocemos el costo humano de la pandemia de COVID-19, así como también la pérdida de vida que podría ocurrir si la priorización de la atención en caso de crisis alguna vez se necesita. Agradecemos a los miembros del comité y a los consultores por participar cuidadosamente en este difícil trabajo. Por último, agradecemos a todos por la flexibilidad y la generosidad ofrecidas a medida que trabajamos para maximizar la accesibilidad en nuestra tarea de garantizar que todas las edades, habilidades y experiencias estén incluidas.

La OHA considerará cuidadosamente la información de los miembros del ORAAC y el público mientras se prepara para actualizar la guía de atención en caso de crisis de Oregon en el futuro. Además, reconocemos que este trabajo no estará completo solamente con una guía actualizada. Se requiere participación continua, capacitación y cambios en el sistema con un enfoque en la esperanza y la innovación.

Lista de recursos

- [Documento de solicitud de comentarios del público del ORAAC: enfoques de priorización](#)
- [Resumen de conversaciones comunitarias sobre los estándares de atención en caso de crisis](#)
- [Resumen de comentarios públicos](#)
- [Principios para promover la equidad sanitaria durante situaciones con recursos limitados](#)
- [Herramienta provisional de atención de crisis de Oregon](#)

Anexo A

Membresía del comité del ORAAC:

- Beth Brownhill, Disability Rights Oregon
- Bob Macauley, Oregon Health & Science University
- Daniel Alrick, Oregon Council on Developmental Disabilities
- Derick Du Vivier, Oregon Health & Science University
- Doug Merrill, St. Charles Healthcare System
- Gerald Cohen, AARP Oregon
- Jennifer Gentry, Providence Health and Services- Oregon
- Joannie Tang, Multnomah County Public Health Advisory Board, Asian Pacific American Network of Oregon (APANO), Portland Disability Justice Collective, Unite Oregon
- John Gotchall, The Arc of Benton County, The Arc of Oregon, Disability Equity Center
- John Moorehead, Oregon College of Emergency Physicians, Oregon Medical Association
- Keren Wilson, Jessie F. Richardson Foundation & AGE+
- Kristen Roy, Asante
- Leda Garside, OHSU Health Hillsboro Medical Center
- Liliano Lachino, The Next Door, Inc.
- Marci Ramiro-Jenkins, Virginia Garcia Memorial Health Center & Foundation
- Micah Ralston, Arc of Oregon
- Michael Collins, Confederated Tribes of Warm Springs
- Molly Osborne, Portland Veterans Administration Medical Center
- Pari Mazhar, Cascadia Behavioral Health, Supporting Transgender Immigrant & Refugees
- Prasanna Krishnasamy, Legacy Health
- Robert Dannenhoffer, Douglas County
- Sara Gelser Blouin, Oregon State Senate
- TK Kapurura, Multnomah County
- Todd Woodward
- Veronica Porras, Euvalcree

Miembros anteriores de ORAAC que ya no están activos:

- Amina Afrah, Somali American Council of Oregon
- Arbor Russell, Equi Institute
- Desha Reed-Holden, Multnomah County
- Emily Cooper, Disability Rights Oregon
- Eugenie Adamah-Tassah, African Heritage Education and Empowerment Community, African Women Coalition
- Jennifer Vines, Multnomah County
- Joy Mulumba, African Family Holistic Health Organization
- Stefanny Caballero, Virginia Garcia Memorial Health Center & Foundation
- Zennia Ceniza, Salem Health Hospitals and Clinics

Personal de la OHA:

- Dana Hargunani
- Lisa Bui
- Kristen Darmody
- Sasha Vine

Consultores:

- Alyshia Macaysa
- Ruqaiijah Yearby
- Harald Schmidt
- Trey Doty

Anexo B

Acuerdos de trabajo de los miembros de ORAAC:

1. Mantener a los pacientes y las comunidades que han sido marginados por instituciones principales, como el sistema de atención médica, en el centro del debate
2. Tener en cuenta el paternalismo en los debates sobre las comunidades de personas con discapacidad, de edad avanzada y BIPOC
3. Reconocer la importancia de todos los servicios, el apoyo, los sistemas y las perspectivas que están presentes en este comité
4. Ser consciente de cómo habla y qué dice para que todos podamos entendernos
5. Reconocer que la participación y el compromiso se dan de diferentes maneras en cada persona
6. Mantener la mente abierta, y acudir con predisposición para aprender y compartir
7. Proceder con un espíritu de confianza y amor
8. Ser claro en la comunicación

Accesibilidad a los documentos: Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera.

Comuníquese con nosotros enviando un correo electrónico a

OHA.resourceallocation@odhsoha.oregon.gov.