

Opinión del público sobre las opciones de priorización de la atención en caso de crisis:

Resumen final

El 23 de mayo de 2023, la OHA comenzó a [solicitar la opinión del público](#) sobre las opciones de priorización de la atención en caso de crisis que está considerando el [Comité Asesor de Asignación de Recursos de Oregon](#) (ORAAC). El [documento](#) para que el público realice sus comentarios se puso a disposición en 12 idiomas en el sitio web de la OHA. El período de comentarios públicos finalizó el 26 de junio de 2023.

El siguiente es un resumen de las opiniones del público recibidas por la OHA durante el período de comentarios públicos. La OHA recibió 21 comentarios. Este documento incluye un resumen abreviado de las opiniones del público junto con citas directas cuando es posible.

La OHA pidió a los encuestados que identificaran la comunidad o el grupo con el que estaban más vinculados. Los comentarios se resumieron en función de estos grupos cuando fue posible. Nota: La OHA, no incluyó las opiniones recibidas que no estuvieran relacionadas con el tema de la priorización de la atención en caso de crisis en este documento de resumen.

Comunidades culturalmente específicas

- La prevención es una prioridad para evitar el dolor, la preocupación y la angustia.
- Las oportunidades equitativas me llamaron la atención; los recursos deben distribuirse de manera equitativa e imparcial; debe evitarse la discriminación.
- Hay barreras que crean una gran brecha entre mi comunidad y los recursos disponibles; la desconexión se debe en parte a las barreras del idioma; se necesita interpretación y traducción de los materiales escritos.

- Se debe dar prioridad con respecto a los recursos y cuidados urgentes para las personas con las afecciones más graves, independientemente de sus capacidades y antecedentes.
- Los procesos deben ser claros, fluidos y fáciles de entender, y deben estar disponibles en varios idiomas; un sistema justo y equitativo debe funcionar de manera ordenada e inclusiva.
- ¿Cómo se priorizarán las comunidades cuyos idiomas no están representados (por ejemplo, como parte de la encuesta de opinión del público sobre las opciones de priorización de la atención en caso de crisis)? El acceso a servicios en otros idiomas para los isleños del Pacífico no se ha logrado a través de los idiomas que se han puesto a disposición.
- Se debe dar prioridad a las personas con las afecciones de salud más críticas.
- Las personas con afecciones más graves (las que más necesitan el recurso) deben recibir tratamiento; esto debe hacerse independientemente de la edad o la raza; nadie debe ser discriminado.

Discapacidad o edad avanzada

- Este trabajo debe considerar los sesgos intrínsecos y los factores de opresión que existen en nuestra infraestructura de atención médica actual; la evaluación de desventajas es un componente esencial y debe incluirse en el enfoque de priorización final.
- En 2020, durante la pandemia del COVID-19, Oregon, como muchos estados, experimentó desigualdades en la forma en que se asignaban los tratamientos; en situaciones de crisis y con una preparación limitada, los enfoques de priorización por lo general desvalorizan la edad y la discapacidad.
- Desarrollar pautas para la asignación de recursos es profundamente difícil, requiere un análisis exhaustivo y debe hacerse de manera transparente con un alcance público genuino. Se elogia la labor del ORAAC.
- Las pautas deben incluir protecciones para los grupos que suelen ser objeto de discriminación, como las personas mayores, las personas con discapacidades, las personas de bajos ingresos, las comunidades de personas negras, indígenas y personas de color (Black, Indigenous, and

People of Color, BIPOC), las personas que no tienen seguro médico y otros grupos discriminados.

- Ni la edad ni la capacidad deben utilizarse como criterios para la asignación de recursos escasos; cualquier norma que aplique estos criterios es rechazada.
- Además del desarrollo de la priorización de la atención en caso de crisis, se necesita atención adicional que incluya:
 - Planificación de emergencia adecuada;
 - Colaboración para identificar, desarrollar, financiar e implementar respuestas efectivas para las crisis de salud pública;
 - Una respuesta cooperativa ante una emergencia y evitar la competencia por los bienes; y
 - Recopilación y presentación de informes públicos con datos completos y precisos durante un desastre o emergencia de salud pública, que incluyan información demográfica, raza, origen étnico y otros factores importantes.

Hospitales/Atención para pacientes hospitalizados

- Se debe considerar la viabilidad al planificar la implementación de un enfoque de priorización durante un desastre, pero esto no debe frenar el desarrollo de un enfoque de priorización complejo y detallado.
- Los hospitales deben tener flexibilidad para hacer lo que puedan con la información y los recursos limitados que tienen en el inicio de una emergencia.
- Un plan de acción dirigido por el estado debe incluir criterios de priorización que cuenten con el respaldo estatal, se puedan implementar fácilmente en los distintos lugares donde se brinden servicios y sean lo suficientemente flexibles como para poder adecuarse al tipo de situación de emergencia en el que trabajen los médicos.
- Las combinaciones de criterios de priorización pueden desarrollarse prospectivamente, aunque diferentes crisis pueden justificar el uso de diferentes enfoques de priorización. Las modificaciones “justo a tiempo” específicas de la crisis probablemente serán necesarias y deben ser

realizadas por el estado en consulta con representantes técnicos, éticos y de la comunidad.

- Cualquier recomendación para un modelo de priorización debe ser viable y poder adaptarse a diferentes tipos de emergencia de salud pública. Esto puede requerir un enfoque de dos niveles para desastres naturales agudos donde los recursos son prácticamente inexistentes, y un enfoque más detallado para crisis de larga duración donde la disponibilidad de recursos varía con el paso del tiempo.
- Se planteó la preocupación de que algunos de los criterios propuestos dependen de datos que pueden ser imposibles de obtener al momento de una emergencia (por ejemplo, cuando un hospital opera con la mitad o menos de su personal, el suministro eléctrico o el acceso a Internet está restringido y los pacientes no pueden llenar formularios o comunicar la información demográfica).
- Los enfoques de priorización deben tener en cuenta el tiempo reducido para la toma de decisiones; se planteó la inquietud de que, en ciertas situaciones de emergencia, quizá no haya tiempo suficiente para implementar las herramientas de priorización que se proponen.
- La evaluación de la capacidad de supervivencia por parte de los médicos es una cuestión problemática y genera la responsabilidad de justificar el porcentaje de supervivencia para el médico y el equipo de atención, con los sesgos implícitos y los defectos imprecisos que son propios de los seres humanos.
- Las probabilidades equitativas son defectuosas, sesgadas y carentes de lógica; este sistema da preferencia a personas “desfavorecidas” por sobre las “favorecidas” basándose en variables demográficas. No es posible determinar la situación social compleja de una persona con una precisión suficiente que permita priorizar los recursos que salvan vidas.
- La consideración de trabajadores esenciales y del efecto multiplicador es razonable.
- Como se vio en la pandemia del COVID-19, la evaluación de fallo orgánico secuencial (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) y la SOFA modificada (mSOFA) demostraron ser inútiles; suponer que con análisis de

sangre y signos vitales se puede pronosticar la mortalidad en la atención durante una crisis es ser arrogante.

- Se debe tener cuidado para garantizar que los criterios no sean discriminatorios ni infrinjan la ley.
- El estado debe obtener garantías por escrito de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. donde se asegure que la nueva guía cumple con los criterios federales de no discriminación, tal como lo hicieron otros estados.
- El estado debe mantener una lista de personas capacitadas que puedan acudir ante el pedido de los hospitales afectados para asistir en la formación de equipos de priorización.
- Hay diferentes opiniones sobre lo que es justo y equitativo en las decisiones sobre los recursos. Los hospitales y el personal de atención médica de forma individual no deben quedar solos para tomar esas decisiones.
- Los proveedores de atención médica merecen apoyo y protección cuando se presentan a trabajar en beneficio de las comunidades en caso de una emergencia.
- El estado cumple una función fundamental para convocar y educar a las comunidades respecto de los estándares de atención en caso de crisis, y para ofrecer apoyo a los hospitales a fin de fomentar la implementación de estándares coherentes en todo el estado.
- En cualquier recomendación sobre modelos de priorización se debe asegurar que las decisiones clínicas estén a cargo de los médicos clínicos; podría tratarse de un enfoque de equipo si hay médicos disponibles para apoyar ese modelo en las circunstancias existentes.
- Los establecimientos y los médicos deben tener acceso a recursos de capacitación creados y financiados por el estado para garantizar la coherencia a nivel estatal, y la capacitación debe incluir módulos eficaces basados en la evidencia orientados a reducir el sesgo en los entornos clínicos.
- Se necesita una infraestructura estatal sólida para desarrollar, administrar y activar un modelo de priorización que incluya la capacitación del personal y la estandarización y simplificación de la recopilación de datos.

- Cualquier recopilación de datos que se incluya en una recomendación debe tener en cuenta el tipo de crisis en cuestión para que los equipos clínicos concentren el 100 % de su atención en salvar vidas.

Clínicas comunitarias/Salud pública

- Este documento solo aborda la capacidad de supervivencia de los pacientes que reciben el recurso necesario. La posibilidad de supervivencia de un paciente si no recibe el recurso escaso debe evaluarse y tenerse en cuenta en las decisiones de asignación de recursos.
- La priorización debe considerar las áreas rurales con recursos limitados: las comunidades rurales con acceso limitado a un solo hospital de acceso crítico con pocas camas deben tenerse en cuenta como parte de la guía de atención de crisis. Por ejemplo, los suministros pueden ser un problema durante situaciones de emergencia específicas del cierre de autopistas.
- Apreciar el marco sugerido, la definición de priorización y las opciones sugeridas para enfocar la atención.
- El futuro de la humanidad son los niños. Todos los niños deben ser prioridad cuando los recursos son limitados.
- Es absurdo brindar cuidados intensivos a un paciente con pocas probabilidades de sobrevivir cuando hay otras personas que podrían beneficiarse de dichos cuidados.

Otros comentarios

- El ORAAC debe abordar el retiro de soporte vital y la manera en que su complejo protocolo de priorización debería funcionar en la práctica. Un protocolo de priorización que no contempla el retiro de soporte vital puede terminar convirtiéndose en un sistema que asiste por orden de llegada.
- Es fundamental que el comité demuestre cuál es el modelo que conducirá a la menor cantidad de muertes en pacientes que son candidatos para recibir recursos escasos y a la menor cantidad de muertes en pacientes desfavorecidos. En un contexto de asignación de recursos escasos, reducir

las muertes absolutas en candidatos desfavorecidos debería ser más importante que lograr la proporcionalidad.

- Sea cual fuere la herramienta que se utilice para evaluar la mortalidad en los hospitales, se debe demostrar que está bien calibrada. La bibliografía citada no respalda el pronóstico clínico como principal herramienta para priorizar a los pacientes según su probabilidad de supervivencia en el hospital.
- Al agrupar a casi todos los pacientes en el grupo prioritario 2 (con un 11 % a 89 % de probabilidades de supervivencia después de recibir recursos), es probable que la asignación propuesta derive en muchas más muertes al ignorar diferencias importantes en el pronóstico.
- Este documento no considera de manera sistemática si las desventajas detectadas en un enfoque se aplican varios enfoques de asignación.
- La propuesta actual no evalúa de manera sistemática las ventajas y desventajas de la aleatorización ponderada ni de excluir otros resultados que no sean la supervivencia hasta el alta hospitalaria.
- El documento actual no arroja claridad suficiente sobre los fundamentos de la prioridad de trabajadores esenciales y el efecto multiplicador, y no evalúa objetivamente la evaluación SOFA ni las modificaciones en esta.

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.