

FACTORES QUE IMPACTAN LAS PRIORIDADES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESCASOS DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Patricio SANTILLÁN-DOHERTY

SUMARIO: I. *Una pandemia es una emergencia de salud pública.* II. *Decisiones durante la actividad hospitalaria normal.* III. *La pandemia cambia el juego.* IV. *Se tensa el sistema de atención.* V. *Pensar en uno y pensar en todos.* VI. *Asignación anticipada de recursos: la reconversión hospitalaria.* VII. *Primera decisión: pacientes COVID para hospitales COVID.* VIII. *El problema de las decisiones de asignación de recursos es problema de todos.* IX. *Primera obligación ética: protección del personal de atención de la salud.* X. *Corolario.*

En las postrimerías del siglo XVI el alcalde de Burdeos, Francia, recibió la amarga descripción de cómo sus conciudadanos “morían como moscas” debido a la plaga bubónica que se había desatado en su ciudad. Enfrentado al dilema de entrar a la ciudad a revisar qué sucedía en cumplimiento de sus obligaciones civiles o no correr el riesgo de convertirse en parte de la estadística de los más de 14,000 fallecidos, optó por esta última y regresó a su cómodo *chateau* para, retirándose del cargo que ostentaba, dedicarse a una brillante carrera creando una nueva modalidad literaria: el ensayo. Según Zaretsky, así fue cómo Michel de Montaigne se demostró a sí mismo, y al mundo, las limitaciones de lo que era incapaz de hacer (luchar contra una pandemia que devastó su ciudad) en favor de la reflexión y lo que podía llegar a conocer sobre sí mismo (y escribir su *opus magnum: Ensayos*).¹

Por su parte Albert Camus, pensador sobre las plagas temporalmente más cercano a nosotros, nos advirtió claramente sobre la importancia de no tener miedo ya que

¹ Zaretsky, R., “Montaigne Fled the Plague and Found Himself”, *The New York Times*, 28 de junio de 2020. Acceso el 23 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/06/28/opinion/montaigne-plague-essays.html>.

El miedo infecta la sangre y calienta los humores: lo dicen todos los libros... para que el cuerpo venza la infección, el alma tiene que ser fuerte. Por cierto, no hay peor miedo que el miedo al final postrero, pues el dolor es temporal. De ahí que ustedes, los médicos de la peste, deban plantar cara a la idea de la muerte y reconciliarse con ella, antes de entrar en el reino que la peste les prepara. Si salen vencedores en esto, lo serán en todo, y los verán sonreír en medio del terror. En conclusión, les hará falta una filosofía.²

Montaigne huyó de su ciudad apestada pero desarrolló una filosofía y nos legó la importancia de la reflexión profunda y transformadora que él equiparaba con un renacimiento póstumo cuando decía que aprender a filosofar es aprender a morir. Camus nos describió la peste y nos conminó a no temer sino más bien a perseverar en aprender el problema para enfrentarlo y superarlo mediante la filosofía que nos recomienda adquirir.

Actualmente una nueva peste azota nuestro planeta y más nos vale percatarnos de que “nos hace falta una filosofía” para aprender de ella y no morir. Esto es lo que ahora intentamos hacer.

La aparición del nuevo virus SARS-CoV-2 a finales del 2019 irrumpió brutalmente a inicios del presente año con la generación de una infección respiratoria aguda conocida como COVID-19, misma que adquirió magnitud pandémica a partir del 10 de febrero, según la declaratoria de la Organización Mundial de la Salud. El primer caso se hizo presente en México el 27 de febrero y desde entonces han aparecido casos nativos que se contabilizan cotidianamente.³ Un mes después, el Consejo de Salubridad General de México declaró como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2.⁴ Actualmente el tratamiento para el COVID-19 es sintomático y, en casos graves, con medidas de apoyo respiratorio, antiinflamatorios como la dexametasona, protección contra fenómenos tromboticos con anticoagulantes y antibióticos en caso de infecciones bacterianas intercurrentes. En términos generales, el 80% de los pacientes presenta una evolución leve de manejo ambulatorio, un 8% requiere atención hospitalaria convencional y un 6% requerirá atención de cuidados intensi-

² Camus, A., “Exhortación a los médicos de la peste”, *Les Cahiers de la Pléiade*, 1947, *Obras completas II*, Gallimard, 2006 (Bibliothèque de la Pléiade), trad. Martín Schifino, “Re-descubriendo a Albert Camus”, *El País Semanal*, 9 de mayo de 2020.

³ Suárez, V. *et al.*, “Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, *Revista Clínica Española* 220(8) (2020): 463–471, DOI: 10.1016/j.rce.2020.05.007.

⁴ *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo de 2020.

vos⁵ (que implican ventilación mecánica, monitorización estrecha, cuidado personalizado por enfermería y especialistas *ad hoc*). La cantidad de estos últimos, los pacientes graves, será entonces proporcional a la cantidad total de población afectada.

I. UNA PANDEMIA ES UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA

La aparición de una pandemia es una emergencia de salud pública que genera un incremento en la necesidad de servicios de atención médica para gran parte de la población en un periodo de tiempo muy corto. La magnitud del impacto que esto pueda tener sobre el sistema de salud nacional genera un desbalance tal que los recursos usados para proveer servicios médicos pueden llegar a ser insuficientes.

El cálculo de las autoridades sanitarias anticipó que en las semanas siguientes a la declaratoria de emergencia se podría llegar a saturar el sistema nacional de salud y ocasionar una insuficiencia de recursos que obligaran a asignar los mismos de manera eficiente, eficaz, racional, razonable y, sobre todo, justa. En esta situación, el número de pacientes afectados gravemente que requerirían cuidados intensivos y ventilación mecánica se convierte en una proporción que depende del total de personas infectadas. Suponiendo una población total en nuestro país de 125 millones de personas y un escenario en que 5-20% de la población de nuestro país se infecte, implica entre 6.25-25 millones de ciudadanos afectados, la gran mayoría de manera leve o incluso asintomática; sin embargo el 6% de los infectados requerirá atención médica especializada en unidades de terapia intensiva, estos representan entre 375 mil y 1.5 millones de personas. Esto claramente sobrepasa la capacidad instalada en nuestro país (las cifras varían entre 3-4 mil camas de terapia intensiva). Así fueron los cálculos probabilísticos iniciales realizados si los adaptamos a la población mexicana.

II. DECISIONES DURANTE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA NORMAL

En términos de una operatividad normal con suficiencia de recursos, estos se van asignando bajo un criterio de temporalidad según el principio de “orden

⁵ Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R. *et al.*, “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, 23 de marzo, 2020. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.

llegada” de los pacientes a los centros hospitalarios: la regla común del “primero en la fila”. Aun en tiempos de normalidad operativa esta regla no es absoluta y fácilmente se descarta por razones de necesidad médica presente en donde la urgencia y la emergencia generan prioridad en el otorgamiento de atención médica; esta es una acción muy común en los servicios de urgencia de los hospitales en donde los pacientes son catalogados para su atención de acuerdo al nivel de emergencia que representa su problema. Generalmente el proceso de decisión sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas de un caso individual recaen en la médica o médico a cargo y usualmente la disponibilidad de recursos no es tomado en cuenta hasta que se hace patente por falta de abasto, escasez o no inclusión en un cuadro básico como razones principales. Cada razón resulta de un fenómeno distinto que aparece en el curso de la operación normal de una institución hospitalaria, siempre se trata de evitar y resolver de distintas maneras.

En otras palabras, la priorización del otorgamiento de servicios de atención médica en situaciones de normalidad operativa (el orden en el que es atendido cada paciente que acude a un centro de atención médica), depende estrechamente del impacto que la necesidad de atención pueda tener sobre las personas según el riesgo de sufrir muerte y el grado de discapacidad o incapacidad secundarios en caso de no recibir dicha atención. Así, los pacientes más graves tienen prioridad sobre los menos graves porque no atenderlos tendría implicaciones de sobrevivencia, discapacidad o incapacidad. En otras palabras predomina la atención de principios como la beneficencia y la no maleficencia un poco por encima que la atención a la autonomía y la justicia.

De esta manera las instituciones hospitalarias toman las provisiones necesarias para atender a los pacientes que acuden a ellas tomando en cuenta la frecuencia con la que se presentan las distintas necesidades de atención a resolver (alta, moderada o baja).

Los sistemas de atención de la salud deben tomar acuerdos para establecer las prioridades de atención de la población bajo su cargo. Estos acuerdos requieren un proceso que promueva un beneficio con el menor daño secundario posible (idealmente ninguno), bajo un respeto a la autonomía de las personas y con una distribución de los recursos que permita un acceso a los servicios de atención homogéneo y justo en la población.

Los principios éticos clásicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, descritos por Beauchamp y Childress, mantienen su relevancia sin embargo el valor operativo que puedan tener en un momento dado en una situación pandémica se vuelve contingente a una serie de factores que van más allá del paciente individual ya que el sistema de atención de la sa-

lud enfrenta una situación donde debe hacerse cargo, al mismo tiempo, de un grupo de cantidad variable de pacientes afectados por el agente pandémico en cuestión (*v. gr.* SARS-CoV-2).

Daniels menciona que intentar establecer cualquier priorización basada meramente en principios (como los de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) puede generar problemas ya que los intereses particulares de aquellos agentes involucrados en el establecimiento de las prioridades corre el riesgo de enfrentar desacuerdos que impidan una conclusión útil (unos agentes valorarán un principio por encima de otros). Este autor describe una propuesta plausible que permita cumplir con los objetivos de establecer criterios de priorización mediante un sistema o metodología que denomina la “rendición de cuentas para lo razonable” en donde identifica valores de proceso (transparencia, apelación a razones aceptables para todos, rendición de cuentas y participación de todos los agentes interesados), y valores de contenido (efectividad/eficacia, costo-efectividad, equidad y solidaridad).⁶ De esta forma, sin hacer a un lado principios básicos importantes para los agentes involucrados, establece una forma que trate de cumplir con el objetivo de establecer dichas prioridades apelando más a una negociación que genere acuerdos.

III. LA PANDEMIA CAMBIA EL JUEGO

Cuando hay una sobredemanda de recursos de atención médica que no es posible satisfacer, el personal de salud se ve obligado a tomar decisiones acerca de quien, cuándo y cómo se reciben dichos recursos (por ejemplo, quién se hospitaliza, quien pasa a la unidad de cuidados intensivos, quien recibe un medicamento escaso, quien se opera primero o quien recibe el último ventilador mecánico cuando hay más de un paciente que necesita de él). Esto se conoce como priorización en la asignación de los recursos de la atención médica.

Estos incrementos en la demanda se dan en situaciones especiales de eventos catastróficos sean estos naturales (terremotos, tsunamis, ciclones, huracanes, inundaciones, incendios forestales, etc.), o bien de tipo no natural y más bien antropogénico (accidentes masivos de vehículos de motor o aviación, terrorismo o guerra). Sean naturales o antropogénicas, el daño en las poblaciones humanas genera un incremento en pico de las necesida-

⁶ Daniels, N., “Accountability for Reasonableness: Establishing a fair proces for priority setting is easier than agreeing on principles”, *British Medical Journal* 321 (2000): 1300-1. DOI: 10.1136/bmj.321.7272.1300.

des de atención médica cuya magnitud depende de la población afectada pero cuya duración será de horas o días. Ejemplos de estos los vivimos en nuestro país cuando se produce un sismo de magnitud destructiva o como consecuencias del ataque terrorista a las Torres Gemelas sucedido hace casi veinte años en Nueva York o la explosión reciente en Beirut por acúmulo de sustancias almacenadas de manera impropia.

Una pandemia, por su lado, tiene circunstancias distintas ya que genera un curva progresiva de incremento en la necesidad de atención que depende del factor de contagio dentro de una población pero cuyo comportamiento se puede llegar a mantener en meseta por un tiempo indefinido hasta que las condiciones de transmisión se modifiquen porque la población generó inmunidad o porque quedó severamente diezmada (como bien entendió Montaigne hace casi 450 años y nos describió Camus en su novela sobre lo que sucedió en Orán).

La demanda de atención que puede llegar a generar la pandemia de COVID-19 impactará negativamente en el balance entre las necesidades clínicas de los pacientes y la disponibilidad efectiva de los recursos de atención de la salud; de manera global y en nuestro propio país.

En este contexto pandémico, la asignación de recursos mediante la regla común del “orden de llegada” (primero en la fila) simplemente no funciona ya que al generarse una afluencia de pacientes incrementada siempre hay varios esperando atención. La priorización en la asignación del recurso debe seguir otras reglas o directrices.

En situaciones donde *no* existe una emergencia de salud pública, la práctica médica cotidiana y la práctica de salud pública operan de manera simultánea, pero con objetivos que incluso pueden llegar a ser contrarios.

En la práctica médica cotidiana el objetivo primordial es prevenir, tratar o curar las enfermedades o padecimientos de un paciente concreto. Los principios bioéticos clásicos para la práctica médica (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) permiten valorar los actos médicos en cuanto al impacto que tienen sobre dichos principios en tanto el individuo como paciente.⁷ En una situación pandémica, la práctica médica debe ver más allá del paciente como individuo aislado y asumirlo como parte de un grupo social interrelacionado partícipe de la misma enfermedad pandémica; en otras palabras, en emergencias de salud pública el objetivo primordial es que la salud de la población sea la mejor posible de acuerdo a la cantidad de recursos disponibles. El principio de autonomía, que interviene de

⁷ Beauchamp, T. L. y Childress, J. F., *Principles of biomedical ethics*, 7a. ed., Nueva York, Oxford University Press, 2013.

manera importante en la relación individual (paciente-médico), cambia de prioridad para dar paso a la predominancia del principio de justicia en tanto igualdad y equidad; así, se considera que el principio que predomina en problemas de salud pública es el de la justicia social.⁸

IV. SE TENSA EL SISTEMA DE ATENCIÓN

Esto es lo que el sistema de salud, principalmente a través de sus médicas y médicos (sin descontar otros miembros posibles del equipo), tendrá que hacer; la responsabilidad moral de este tipo de decisiones se suma a la responsabilidad de estar manejando casos graves con riesgo potencial de contagio personal y de transmisión familiar de la infección, incrementando el riesgo de desgaste profesional⁹ por lo que el sistema debe buscar formas de mitigar dicho riesgo mediante protocolos, recomendaciones o guías que ayuden a los profesionales de la medicina a tomar dichas decisiones de manera profesional, ética y solidaria con el grupo de trabajo.

V. PENSAR EN UNO Y PENSAR EN TODOS

Una pandemia como COVID-19 genera circunstancias donde la sociedad debe comprender que en verdad *sí existe* una emergencia de salud pública y que, ante la magnitud de las potenciales afectaciones, la priorización de los objetivos de la medicina se modifican. La protección de la salud del paciente individual debe ser vista en función de la protección de la salud de la población en general. La filosofía individual del yo debe modificarse; cambiar de pensar en uno a pensar en todos (además de ese uno).

Proteger la salud de la población se entiende como salvar la mayor cantidad de vidas posibles como tal, de manera individual, uno a uno. Pero desde hace tiempo también “salvar vidas” debe verse como la preservación de la mayor cantidad de años-vida o años-vida-de-calidad que se pueda. En otras palabras, que sobrevivan el mayor número posible de miembros de la socie-

⁸ Powers, M. y Faden, R. R., *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*, Nueva York, Oxford University Press, 2006.

⁹ El fenómeno del *burn out* físico y mental ha sido detectado en el gremio médico desde hace tiempo; atribuido a distintos fenómenos que se han introducido a los sistemas de atención médica, sin duda la pandemia de COVID-19 vendrá a acrecentar más el problema. Véase: Talbot S. G., Dean W., “Physicians aren’t burning out: They’re suffering from moral injury”, *Stat First Opinion*, 26 de julio de 2020, disponible en: <https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/>.

dad pero con el mayor número de años útiles y con calidad de vida; desde la perspectiva general de la sociedad y no desde el punto de vista individual. Si llegamos a estar sobrepasados y no podemos salvar a todos, el esfuerzo ético se debe dirigir a salvar al mayor número de personas. Un fenómeno parecido sucede con pacientes que presentan daño terminal irreversible en algún órgano, que requiere sustitución mediante un trasplante pero la realidad demuestra que pacientes en dicha necesidad existen en exceso de la cantidad de órganos disponibles para trasplantar (p.ej.: insuficiencia renal crónica terminal) y se deben generar criterios para determinar aquellos pacientes a quienes asignar los órganos que van apareciendo. Sin solidaridad el sistema no funciona.

Arnoldo Kraus escribió recientemente que para Auguste Comte la solidaridad, “era un remedio contra el individualismo... la comunidad tiene responsabilidades hacia el individuo y el individuo tiene responsabilidades hacia la comunidad. El bien común es el resultado de sumar ambas obligaciones”.¹⁰ Establece a la solidaridad como un principio ético a la par de otros mencionados párrafos arriba.

Sin duda la asignación de recursos en la atención médica deviene en decisiones duras, difíciles de tomar, con implicaciones sobre el bienestar e incluso la vida de los pacientes. La toma de estas decisiones produce tensión mental y moral que debe enfrentarse. Pensar en uno dificulta el asunto; pensar en uno y pensar en todos al mismo tiempo permite ver un panorama más amplio. La solidaridad amplia con la sociedad permite disipar un poco la presión que la relación individual paciente-médica genera. La empatía individual está presente, dejar que sea arropada por la solidaridad social tal vez ayude a mitigar el impacto negativo de decisiones difíciles.

VI. ASIGNACIÓN ANTICIPADA DE RECURSOS: LA RECONVERSIÓN HOSPITALARIA

La afluencia incrementada de pacientes pandémicos obliga a adaptar áreas de atención médica convencional para convertirlas en áreas de atención con equipamiento especializado para la atención de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), que implica el acomodo de equipamiento para monitorización, ventilación mecánica, infusión de medicamentos y otros aditamentos de manera similar a la que presenta cualquier unidad de cuidados intensivos

¹⁰ Kraus A., “Solidaridad”, *El Universal*, 23 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/arnoldo-kraus/solidaridad>.

convencional. Al mismo tiempo se deben dotar dichas áreas re-equipadas con el personal adecuado y suficiente para contar con el nivel de atención óptimo similar al de unidades de terapia intensiva (por ejemplo, la relación paciente:enfermera ideal para esta situación es de 1:1, cosa que difícilmente se puede lograr sin apoyos externos). A todo este proceso se le conoce como “reconversión hospitalaria” y es algo conocido y practicado comúnmente al enfrentar contingencias debidas a desastres naturales, conflictos bélicos o epidemias. La afluencia de pacientes graves se incrementa y las unidades hospitalarias deben responder más allá de su capacidad instalada normal. En ciertas instituciones, como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), este fenómeno es perfectamente conocido y anualmente adaptamos un porcentaje variable de camas para tratar pacientes con IRAG e insuficiencia respiratoria secundarias a influenza pandémica.¹¹

Uno de los primeros pasos para enfrentar una situación hospitalaria potencialmente abrumadora es mediante la planeación anticipada y la adecuación de los recursos hospitalarios mediante el proceso denominado reconversión hospitalaria. El sistema hospitalario dependiente de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud¹² empezó a trabajar en el asunto prácticamente desde enero del 2020 y de manera ya intensa a partir del diagnóstico del primer paciente COVID el 27 de febrero. Se designaron hospitales específicos para atender COVID-19.¹³ Esto implica tres fases progresivas según se vaya desarrollando la pandemia:

Fase 1: Los hospitales COVID suspenden consulta externa, manejo ambulatorio, cirugía programada y el personal se redistribuye en las áreas hospitalarias contempladas para atender pacientes. Implica la disposición de camas de

¹¹ Santillan-Doherty, P., “Una aproximación ética a la distribución de recursos escasos durante la pandemia de influenza H1N1”, en *Influenza por el nuevo virus A(H1N1): un enfoque integral*, Vázquez-García, J. C., Palomar-Lever, A., Salas-Hernández, J., Pérez-Padilla, R. (comps.), México, Medigraphic, 2010.

¹² Varios institutos que se conjuntan bajo la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) han participado en el esfuerzo del manejo de pacientes afectados por la pandemia de COVID-19: el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán como hospitales exclusivamente COVID. El Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital General de México, el Hospital Infantil de México, el Hospital Juárez, el Hospital Manuel Gea González, así como los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Ixtapaluca, León, Mérida, Tamaulipas y Oaxaca, como hospitales mixtos (COVID/No-COVID).

¹³ Secretaría de Salud, Programa de Reconversión Hospitalaria COVID-19, 29 de marzo de 2020.

cuidados intensivos, cuidados intensivos respiratorios y unidad coronaria. Se determina la capacidad instalada de ventiladores mecánicos útiles y se revisan sistemas de energía eléctrica, gases medicinales y comunicaciones en cuanto a su capacidad máxima de apoyo.

Fase 2: Se convierten áreas clínicas convencionales en áreas de manejo crítico con equipamiento de monitorización y ventilación mecánica. Se redistribuye personal en áreas de recuperación anestésica, estancia corta y algunas de hospitalización que cuenten con capacidad de manejo de gases medicinales calculando la capacidad de ventiladores aceptables. En otras palabras, se incrementa la capacidad instalada adaptando áreas que habitualmente funcionan de manera diferente pero son aún recursos propios.

Fase 3: Se llenan todas las áreas anteriormente descritas y se procede a ocupar urgencias y camas solo con oxígeno; áreas pediátricas se designan para adultos. El hospital requiere refuerzo de equipamiento y refuerzo con personal. Se incrementan áreas no hospitalarias con sistemas prefabricados o móviles (i. e.: hospitalización de campo en estacionamientos, almacenes, campos deportivos, salones de exhibición, etcétera).

Es evidente que la disposición de recursos materiales y de equipamiento se va modificando conforme se transita de una fase a otra, la transición entre las fases depende del número de pacientes atendidos y su distinción es mas bien difuminada y poco clara según las circunstancias de cada institución hospitalaria.

VII. PRIMERA DECISIÓN: PACIENTES COVID PARA HOSPITALES COVID

Así, de manera un tanto general, los criterios de ingreso y egreso hospitalario deben revisarse desde que se prepara la Fase 1 para adecuarse de manera flexible a una nueva situación en donde sea tomada muy en cuenta la correlación clínico-científica y la proporcionalidad del cuidado (*i.e.*, la conformidad con las necesidades que exige el caso médico) en un contexto de justicia distributiva que permita una asignación apropiada de recursos médicos limitados. Como primer criterio de asignación de recursos médicos en Fase 1 se determina que los pacientes que pretendan acceder al hospital (COVID) deben cumplir con criterios de definición clínica y epidemiológica según definiciones operacionales dictadas por las autoridades epidemiológicas de lo que oficialmente llamamos “infección respiratoria aguda por nCoV” (CIE-10 U07.1) en caso de estar confirmada o “infección respiratoria aguda sos-

pechosa por nCoV” (CIE-10: U07.2).¹⁴ Pacientes que no cumplan con estos criterios son referidos a otras instituciones hospitalarias para su atención a menos que su situación sea tan precaria que el traslado ponga en riesgo su vida. El propósito de esta primer medida es el de tener una disponibilidad de camas de atención específicas para COVID-19 listas de manera anticipada a la potencial llegada de enfermos.

VIII. EL PROBLEMA DE LAS DECISIONES DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS ES PROBLEMA DE TODOS

Existen múltiples descripciones metodológicas para llegar a una toma de decisión respecto de la asignación de recursos de atención de salud en situaciones de escasez. Los entes involucrados en la toma de estas decisiones en una situación de funcionamiento normal de la actividad hospitalaria (médicas y médicos), están acostumbrados a realizar cierto tipo de priorizaciones según una serie de criterios de acuerdo con guías y lineamientos sustentados en evidencia científica. Aún en la Fase 1 de la pandemia actual se puede mantener ese mecanismo un tanto individualista. Sin embargo conforme se avance en la magnitud de la pandemia hacia las siguientes fases las decisiones se verán complicadas por su complejidad en cuanto a las variables que intervienen necesariamente. El sistema más individual de toma de decisiones deberá ser sustituido por un sistema más colaborativo en donde las responsabilidades se compartan entre distintos partidos que deben estar involucrados.

El personal involucrado debe conformar un grupo de trabajo para poder presentar sus ideas preconcebidas, sentimientos, valores y razonamientos basados en evidencia de manera que se entable una discusión abierta dirigida a la conformación de prioridades más que al establecimiento de valores sociales.

Metodologías descritas sugieren establecer un marco ético que permita la rendición de cuentas con razonabilidad que conforme una toma de decisiones con características que muestren: a) apertura y transparencia de las elecciones a tomar; b) relevancia de los criterios en los que haya acuerdo por una buena parte de los interesados; c) posibilidad de revisión de la decisión a la luz de nueva evidencia o argumentos; y d) una forma de supervisión para que se den las condiciones previas.¹⁵

¹⁴ Comunicado CONAVE/01/2020/2019-nCoV.

¹⁵ Goetghebeur, M., Castro-Jaramillo, H., Baltussen, R., Daniels, N., “The Art of Priority Setting”, *The Lancet*, 389 (2017):2368-9.

Esto es a nivel operativo de las instituciones de atención hospitalaria pero, ¿resulta distinto para la sociedad en general? Mi impresión es que, viendo el asunto bajo la perspectiva de justicia social donde se priorizan los intereses de la comunidad un tanto por encima de los intereses del individuo, la respuesta debiera ser un rotundo no. La responsabilidad de todos los miembros de la sociedad en el manejo de esta pandemia es extraordinariamente relevante. Controlar la diseminación del virus por parte de personas con enfermedad leve de manejo ambulatorio mediante prácticas de contención (aislamiento para no contagiar a otros) y el distanciamiento social de contactos entre personas (mitigación de la diseminación), son prácticas absolutamente necesarias para este fin. El incrementar el nivel de protección de las personas reduciendo el potencial de transmisión de aerosoles y gotas contaminantes de superficie que puedan ser motivo de contagio mediante la práctica cotidiana y frecuente de lavado de manos (o sanitización con gel alcohol) así como el uso de cubrebocas no tanto para evitar contagiarse al respirar aerosoles sino más bien para no estar diseminando dichas gotas y aerosoles hacia los demás. Todo esto requiere de un cambio de perspectiva; requiere morir ante la idea de la predominancia individual, como diría Montaigne, y nacer ante la idea nueva de tener que preocuparnos por los demás para no contagiarlos. El desarrollo de una nueva filosofía, como recomienda Camus, por el bien de todas y todos.

IX. PRIMERA OBLIGACIÓN ÉTICA: PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El INER, y otros institutos y hospitales integradas bajo la CCINSHAE, se encuentra convertido en una gran unidad de terapia intensiva donde los pacientes reciben atención médica especializada gracias al trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario de profesionales, técnicos y personal paramédico. Participan no solo médicas y médicos capacitados sino una gran cantidad de enfermeras, químicos, técnico inhaloterapéutas, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas, nutricionistas, camilleros, personal de intendencia, personal de vigilancia y administrativos sin los cuales no se lograría el funcionamiento que se requiere.

El problema con el SARS-CoV-2 es que este virus ha mostrado una contagiosidad alta (R.2-4) por lo que todo el personal ha tenido que modificar sustancialmente su forma de actuar dentro del hospital. Estos cambios son más notorios en el personal relacionado con la atención directa de los pacientes.

Solo pacientes afectados y personal de salud que labora en el INER pueden acceder a las áreas clínicas. Todos usan traje de quirófano, dejamos de utilizar accesorios de vestimenta como corbatas, mascaradas, collares, etc., ya que constituyen potenciales asientos donde gotas que contienen virus pueden alojarse y ser transmitidos. Los hombres que usaban barba o bigote se lo rasuraron y las mujeres se obligan a utilizar el pelo recogido.

Se extreman los procesos de limpieza de áreas comunes y de áreas clínicas; eso incluye limpieza profesional con procesos de sanitización, limpieza convencional con cloro y limpieza personal de nuestras áreas de trabajo (incluyendo equipo e instrumentos de trabajo). Los principales sustancias de limpieza incluyen solución de alcohol al 61-70%, y la solución de hipoclorito de sodio al 1-5%.

El personal directamente en contacto con pacientes COVID ha recibido capacitación en uso de Equipo de Protección Personal (EPP) de acuerdo con lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. El EPP resulta un insumo de tal magnitud que debe ser considerado como prioritario incluso por encima de la necesidad de ventiladores mecánicos.

El trabajo clínico evita exploraciones físicas innecesarias y el pase de visita se efectúa solo con el personal indispensable. El objetivo es protegerse contra el contacto con aerosoles producidos por personas contagiadas (al hablar, estornudar o toser) y que pueden permanecer varias horas en superficies variadas donde se depositan.¹⁶ Estos aerosoles se incrementan también durante la realización de procedimientos clínicos generadores de aerosoles entre los que resultan relevantes la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica, la aspiración de la vía aérea, los pacientes con traqueostomía, procedimientos de fisioterapia de tórax y la realización de broncoscopia. Estos requieren equipamiento especial, protocolos estrictos y labor en equipo con objeto de proteger al personal involucrado en la atención de la salud para minimizar lo más posible la exposición potencial a dichos aerosoles.

Son dos los argumentos que sustentan el valor ético de este primer deber de protección para con el personal de salud. El primero tiene que ver con reconocer que dicho personal es un bien escaso en nuestra sociedad el cual hay que cuidar. Es conocido que en nuestro país existe un rezago importante en los recursos destinados a la salud de acuerdo con los registros de gasto sanitario en general, la proporción de gasto sanitario como porcentaje del PIB y la presencia de personal médico y de enfermería por habitantes en

¹⁶ Tran, K., Cimon, K., Severn, M. *et al.*, "Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review", *PLoS One* 7(4) (2012):e35797. DOI: 10.1371/journal.pone.0035797.

nuestro país. Esto nos coloca en los últimos lugares del grupo de países que conforman la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE) muy alejados incluso de la media de gasto por persona en salud (US \$4,000 de media *vs.* US \$1,000).¹⁷ Sobre todo el sector público lleva varias décadas de desfase presupuestal que afecta la implementación de programas y equipamientos que le permitan estar a la altura de las necesidades actuales de atención médica.

El segundo argumento deriva del hecho de que, mientras las autoridades establecieron medidas de mitigación mediante el cierre de escuelas, negocios y oficinas de gobierno solicitando a la población general se mantuviera en casa y limitara las salidas lo más posible; el personal de salud continuó con sus labores cotidianas dentro de las instituciones hospitalarias del país. A excepción de personal que cumplía con criterios de riesgo especial (mayores a 64 años de edad, comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial...),¹⁸ la gran mayoría se mantuvo en sus actividades de atención de una manera que va más allá de sus actividades normales. Personal de enfermería ha sido sometida a una carga de trabajo más allá incluso de lo que su entrenamiento profesional le impone al tener que dedicarse a tratar pacientes en situación crítica en vez de pacientes “normales”. Especialistas médicas se movieron de sus actividades habituales a cumplir funciones de cuidado y manejo de pacientes en ventilación mecánica. En otras palabras, el personal de salud se mantuvo en sus labores en cumplimiento de un deber supererogatorio; esto es, llevando su deber profesional más allá de lo que sus obligaciones habituales le exigían. Más allá de condiciones contractuales o arreglos sindicales establecidos para sus labores. Esta no es una situación extraña en la medicina y la explicación es que existe un historial o tradición de entender que los roles ocupacionales en el área de la salud se encuentran supeditadas al otorgamiento de un servicio al otro y que esos roles se encuentran gobernados por principios éticos enraizados en la concepción histórica de la relación paciente-médico que, si bien puede estar un tanto idealizada, no deja de impactar en el profesionalismo del personal de atención de la salud a través de virtudes como tener un carácter atado a honrar el compromiso a la sanación de las personas a través de un pacto social que explica la respuesta que se da a lo que la sociedad espera de nosotros. Todo

¹⁷ Health at a Glance 2019: OECD Indicators, disponible en: www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm.

¹⁸ Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Diario Oficial de la Federación*, 24/03/2020.

esto se resume en el principio del “deber de tratar” mediante la asistencia a otros a pesar de los riesgos.

Han habido cuestionamientos históricos a estos deberes surgidos de los riesgos que implica por ejemplo la pandemia del VIH en sus inicios hace 35 años, los brotes de SARS en Asia y la epidemia de ébola más recientemente. Sin duda el COVID-19 nos viene a someter nuevamente a prueba que, sin duda se sabrá librar adecuadamente.

Ser un recurso escaso y estar sometidos a un riesgo que transforma en supererogatoria su actividad durante una pandemia, dan valor ético al gran equipo de atención de la salud y explica la razón por la cual, en un momento dado, se le otorga prioridad al recibir atención médica si resulta con contagio o se le coloca en los grupos prioritarios para la recepción de una posible vacuna cuando esta resulte presente en nuestra sociedad (como sucedió con la vacuna contra la influenza pandémica A-H1N1).

X. COROLARIO

La presencia de una pandemia como la del COVID-19 implica la generación de una presión importante en el sistema de atención de la salud de cualquier país. La respuesta a esa situación de emergencia incluye el control estricto de los recursos disponibles para enfrentar el problema, control que conlleva una responsabilidad ética con objeto de evitar injusticias con respecto al acceso y la atención de necesidades de salud derivados de la misma.

Empieza por hacer que la sociedad entienda que juega un rol importantísimo en el control de la pandemia: contención y mitigación pueden ayudar a reducir la afluencia de pacientes a los hospitales y que estos no se vean abrumados e incapaces de brindar la atención médica.

Implica la optimización en el uso de áreas físicas hospitalarias, del equipamiento con el que se cuenta, pero sobretodo el esfuerzo importante que realiza todo el personal del equipo de atención de la salud. Enfermeras, químicos, trabajadores sociales, ingenieros biomédicos, psicólogas, técnicos, camilleros, intendentes, administrativos, vigilantes, médicas y médicos, hacemos un esfuerzo importante para mantener una atención de calidad. Contar con el entendimiento de la comunidad de familiares y allegados de los pacientes internados y la incapacidad que tendrán para ver a sus seres queridos de manera directa (contención y mitigación hospitalaria).

Por otro lado el deber de manejar los recursos destinados a la atención de la salud deviene en una responsabilidad ética insoslayable, entender la necesidad de implementar mecanismos de priorización que permitan un ac-

ceso con igualdad y equidad bajo criterios tanto racionales como razonables de acuerdo a la presencia de recursos en las instituciones médicas.

Este deber ético incluye de manera primordial la presencia de equipo de protección para el personal todo el equipo de atención de la salud sin el cual sería muy difícil lograr que pacientes afectados con enfermedad grave y muy grave logren salir adelante. Tal vez a eso se refirió Albert Camus cuando reconoció en su penúltimo párrafo de *La peste*: “esta crónica no puede ser el relato de la victoria definitiva. No puede ser más que el testimonio de lo que fue necesario hacer y que sin duda deberían seguir haciendo contra el terror y su arma infatigable, a pesar de sus desgarramientos personales, todos los hombres que, no pudiendo ser santos, se niegan a admitir las plagas y se esfuerzan, no obstante, en ser médicos”, o médicas, enfermeras, químicos, camilleros, intendentes o simples personas que, como parte de la sociedad en que viven, se preocupan por la otra o el otro, se lavan las manos, usan cubrebocas y mantienen una sana distancia. Aquellas personas que desarrollan una filosofía, como nos conminó Camus, porque recuerdan, con Montaigne, que filosofar es aprender a morir para renacer a una nueva forma de ver la realidad. Cambiar para mejorar, para sobrevivir. Esta es, para mi, la principal lección ética de esta pandemia.