

TRANSCRIPCIÓN DEL WEBINAR:

¿CÓMO PRIORIZAR INTERVENCIONES DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA? RECURSOS ESCASOS Y NECESIDADES INFINITAS

Presentado por Amanda Glassman, Robert Klitzman y Javier Arcos

Junio 12, 2020

Social Protection and Health
Division Inter-American
Development Bank
www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2018 Inter-American Development Bank. This work is licensed under a Creative Commons IGO 3.0 Attribution-Non-Commercial-NoDerivatives (CC-IGO BY-NCND 3.0 IGO) license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) and may be reproduced with attribution to the IDB and for any non-commercial purpose. No derivative work is allowed. Any dispute related to the use of the works of the IDB that cannot be settled amicably shall be submitted to arbitration pursuant to the UNCITRAL rules. The use of the IDB's name for any purpose other than for attribution, and the use of IDB's logo shall be subject to a separate written license agreement between the IDB and the user and is not authorized as part of this CC-IGO license.

Any dispute related to the use of the works of the IDB that cannot be settled amicably shall be submitted to arbitration pursuant to the UNCITRAL rules. The use of the IDB's name for any purpose other than for attribution, and the use of IDB's logo shall be subject to a separate written license agreement between the IDB and the user is not authorized as part of this CC-IGO license.

Note that link provided above includes additional terms and conditions of the license.

The opinions expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the Inter-American Development Bank, its Board of Directors or the countries they represent.



¿CÓMO PRIORIZAR INTERVENCIONES DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA? RECURSOS ESCASOS Y NECESIDADES INFINITAS

Junio 12, 2020

Presentado por Amanda Glassman, Robert Klitzman and Javier Arcos

ENCUENTRA EL WEBINAR EN WWW.IADB.ORG

PANEL:

Minuto 00:06:22

Bill Savedoff: Amanda, me gustaría comenzar preguntándote sobre el panorama general aquí. El CGD (Centro para el Desarrollo Global) ha planteado muchas preocupaciones sobre las decisiones difíciles que los países están tomando durante la pandemia, a menudo sin reconocer explícitamente las compensaciones. Si pudieras comenzar hablando sobre cómo se caracterizan estas elecciones y compensaciones y por qué dirías que son importantes.

Amanda Glassman: Gracias Bill, ¡es genial estar con todos ustedes de nuevo! Estamos viendo al menos tres opciones de asignación y luego hablaré de las compensaciones (trade-offs) dentro de cada área de asignación, pocas de las cuales han sido claramente articuladas por los formuladores de políticas y sus socios y no se han examinado realmente empíricamente.

La primera decisión es cómo vamos a gastar entre el sector de la salud y el resto. El FMI está demostrando que los mercados emergentes y de bajos ingresos están gastando un poco más en salud, pero no mucho más. Hay un aumento de aproximadamente 0.2% a 0.3% del PIB. Eso apenas representa un aumento. La protección social y su respuesta han sido varias veces mayores y eso está bien, dado que los efectos de la recesión y el bienestar y la relación entre las recesiones y la salud también son importantes y tienen efectos importantes. Pero debemos reconocer que, sin reducir el virus, el resto no funcionará y solo aumentarán los costos asociados con esas partes de la respuesta. Por lo tanto, creo que debemos repensar la magnitud de los recursos que ingresan al sector de la salud con urgencia y me pregunto si nuestros países incluso están haciendo la planificación fiscal para comprar una vacuna, por ejemplo.

En segundo lugar, existe la elección de asignación crítica en la asignación de dinero entre la atención médica y la prevención, la atención clínica y la prevención. Estamos viendo que los países aumentan el oxígeno y los ventiladores, pero ¿cuánto dinero y esfuerzo se dedican a las intervenciones que permiten lavarse las manos, distribuir y fomentar el uso de máscaras, por ejemplo, que podrían tener un mayor impacto en la propagación de la enfermedad?

Y finalmente, está la pregunta, que creo que ocupa la mayor parte de nuestro panel, que está dentro de la atención clínica, ¿qué hacer? Aquí también debemos adoptar un enfoque de "salud integral". En otras palabras, debemos analizar el impacto neto de las medidas tomadas en los resultados de salud; y el exceso de muertes son una forma aproximada de analizar este problema y han tenido una importancia cada vez mayor, especialmente porque los datos de la causa de muerte de los países de ingresos bajos y medianos son muy pobres y muy incompletos. Así que realmente confiamos en estos totales de muertes para comprender lo que está sucediendo. Diría que al comienzo de esta pandemia no teníamos suficientes datos sobre COVID-19, pero siempre hemos tenido muchos datos sobre otras intervenciones de salud, sus efectos sobre la salud y sus costos. Entonces, lo que debemos hacer es observar (...) ustedes saben que dejar caer las tasas de vacunación, no proporcionar servicios de salud reproductiva, no hacer un tratamiento temprano de algunos tipos de cáncer, por ejemplo, el riesgo para la salud de la interrupción de

estos servicios puede ser mucho mayor que el de COVID-19 en sí. Nosotros, en el CGD, hemos publicado una herramienta que permite un cálculo automático del impacto neto de las políticas de restricción de COVID-19 en otros resultados. Y diría que esta es una lección que aprendimos en brotes anteriores y que ya sabemos que causa enormes efectos en la salud. ¿Por qué no estamos actuando como si supiéramos eso? Esta es una cuestión política muy importante que no se aborda.

Y finalmente, creo que debemos prestar más atención a los cuidados paliativos. Hay historias que emergen del Reino Unido y de otros lugares que ilustran las extremas dificultades que servicios cerrados o altamente restrictivos están creando para las personas con enfermedades terminales o para las personas que normalmente estarían en la atención hospitalaria o residencial. Y creo que para estas personas como para sus familias y cuidadores es bastante dramático. Así que esas son las muchas elecciones de asignación por delante con enormes trade-offs.

Minuto 00:10:17

Bill Savedoff: Gracias Amanda, esa es una descripción fantástica y lo hiciste en un pequeño período de tiempo, con mucho en qué pensar. Me gustaría recurrir al Dr. Klitzman. Ese tipo de imagen que tenemos, estos trade-offs que están sucediendo en esta amplia pregunta de asignación –lo que me gustaría preguntarle, la gente habla sobre la atención médica en términos de equidad, justicia y derechos humanos y los juicios éticos a menudo suenan simples en abstracto, pero son realmente extremadamente dolorosos en circunstancias específicas. Por la forma en que Amanda hablaba de ellos, podríamos tener una idea. Si pudiera hablar un poco sobre cómo ve el papel de la ética en las políticas de salud pública. ¿Es posible que los formuladores de políticas de salud pública consideren la ética de manera más general y en respuesta a una emergencia como esta?

Minuto 00:11:32

Robert Klitzman: Sí, buena pregunta y también muchas gracias por invitarme a este panel y esta discusión. Creo que estos son temas muy importantes y estoy muy contento de ver organizaciones que los miran y espero que todos podamos aprender unos de otros en el futuro.

Volviendo a lo que dijo Amanda, hay compensaciones muy difíciles involucradas y es importante contar con procesos justos al pensar en ellos para involucrar a las partes interesadas y también aspirar a obtener resultados buenos y justos. En general, en bioética –como se mencionó, he estado involucrado en bioética en la Universidad de Columbia y en otros lugares durante varios años– hay varios principios básicos que intentamos seguir. El primero, son los derechos de las personas, incluidos los derechos humanos. Tenemos el derecho, muchos de nosotros creemos, a una cierta cantidad de atención médica y derechos para tomar decisiones por nosotros mismos. También hay principios de beneficencia. Intentamos hacer todo el bien posible, por el contrario, tratamos de evitar riesgos y daños. Y nos atenemos a los principios de justicia. No queremos cargar injustamente a un grupo y favorecer injustamente a otro grupo, pero nos preocupan las cuestiones de equidad y justicia social. Esto suena, como usted dice, muy simple, pero el

problema es que a menudo pueden entrar en conflicto. Y particularmente en una pandemia cuando hay una crisis de emergencia de salud pública, pueden entrar en conflicto. Entonces, por ejemplo, creemos que las personas tienen derechos. Por otro lado, si las personas salen y no usan una máscara, porque no quieren usar una máscara o no se lavan las manos, van a propagar el virus. Y si han sido infectados, infectarán a otras personas.

Entonces, en ocasiones, en nombre de la salud pública, decimos que necesitamos restringir ciertos derechos individuales debido al mayor beneficio social que conlleva. Y de manera similar si solo tenemos tantos ventiladores o tantas camas de unidades de cuidados intensivos o tantas camas de hospital. Digamos que tenemos un hospital donde solo tenemos cien camas y diez camas en la UCI y tenemos mil pacientes. Necesitamos decidir a qué pacientes se les asignará una cama. Obviamente, como Amanda estaba sugiriendo anteriormente, la mejor cura es la prevención. Entonces, si podemos prevenir un número creciente de pacientes y si nos preparamos con anticipación. Y como Amanda también mencionó, el problema ha sido que ha habido informes en el pasado después de emergencias de salud pública anteriores, como la pandemia de H1N1 hace unos años. Varios países y estados, el Estado de Nueva York y otros estados elaboraron directrices que decían que debemos prepararnos para las emergencias que enfrentamos ahora y tenemos que invertir en beneficios a largo plazo en términos de decidir que van a almacenar equipos de protección personal o máscaras e invertir en educación personal, etc.

Y un problema importante ha sido que en principio respetamos los beneficios éticos, pero hay beneficios a largo y corto plazo. Y un problema importante ha sido que los encargados de formular políticas se centran en los problemas y beneficios a corto plazo y no han pensado en los de largo plazo. Y una vez más, esta es otra ilustración de por qué la ética es crucial en la salud pública y en las respuestas políticas a una epidemia, porque implican tensiones entre: podríamos centrarnos en tratar a todos ahora o podríamos concentrar algunos de nuestros recursos para tratar de prevenir una futura pandemia.

Y, por supuesto, COVID es un problema porque es nuevo y por eso nosotros, como decía Amanda, no tenemos tanta información como necesitamos. Pero también sabemos que las curvas comienzan con pocos casos y se montan lentamente y luego alcanzan un punto de inflexión y de repente despegan. Y es fácil cuando los números son bajos para pensar: "ok, bueno, todavía desaparecerá". Y los encargados de formular políticas pueden negarlo porque solo hay cien casos, o mil casos en mi país, por lo que no hay que preocuparse por eso. Pero los científicos dicen que si la curva se ve así [aumentando lentamente], pronto se verá así [un fuerte aumento]. Por lo tanto, debemos comenzar a planificar las necesidades futuras y pensar en los beneficios futuros que vamos a necesitar incluso si hubiera costos a corto plazo en términos de tener que cambiar camas, tener que retrasar ciertos tratamientos para los pacientes hoy. Por lo tanto, los beneficios y los riesgos son éticamente importantes.

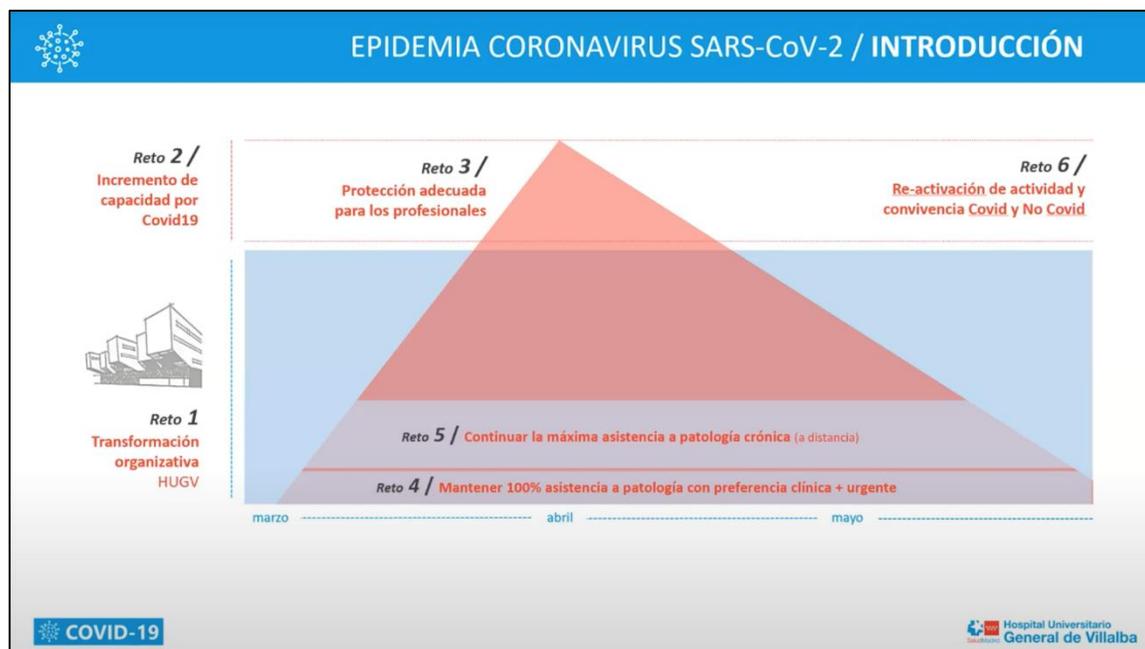
Y lo último es la justicia. Y el principal problema ha sido que queremos asegurarnos de que las personas pobres, en cualquier país en el que nos encontremos, en los Estados Unidos, en Nueva

York, no estén en desventaja. Sabemos que ciertos grupos tendrán una mayor probabilidad de contraer COVID y de enfermarse y morir, los ancianos, los pobres, las personas con afecciones médicas previas o, desafortunadamente, en los Estados Unidos, personas de ascendencia afroamericana. Sabemos que en parte es porque han tenido un acceso deficiente a la atención médica para comenzar, tienen más condiciones previas y tienen más probabilidades de enfermarse. Hay personas con discapacidad. Por lo tanto, queremos asegurarnos de que al asignar recursos y al tomar estas decisiones no aumentemos las brechas entre los "que tienen" y los "que no tienen". Y estos son problemas éticos fundamentales para asegurarnos de no empeorar estas brechas, de no discriminar a las personas. Y voy a decir que esto se está volviendo cada vez más importante. A medida que desarrollemos tratamientos y vacunas, habrá preguntas sobre si existe un suministro limitado inicialmente de la cantidad de vacunas y dosis de un tratamiento que tenemos. ¿Quién debería obtenerlos? Y creo que mientras hablamos más adelante en la sesión, debemos encontrar un proceso justo para tomar este tipo de decisiones éticas. Entonces la ética es crítica. Parecen simples, pero, de hecho, a menudo son complejos dada la incertidumbre y la novedad de la pandemia.

Minuto 00:18:08

Bill Savedoff: Quería recurrir a Javier. Has estado en la primera línea de tratar esta enfermedad. Y estoy seguro de que hablo por muchas personas cuando digo que estamos agradecidos por el trabajo que tú y tus colegas están haciendo por los pacientes. Si pudieras contarnos sobre los tipos de trade-offs que has enfrentado como médico y como proveedor de atención médica durante la pandemia en Madrid.

Javier Arcos: Hemos enfrentado muchos trade-offs durante los últimos meses y tenemos que lidiar con muchos más en el próximo mes. Si no les importa, cambiaré al español.



Los dos principales retos o dilemas que teníamos al empezar era cómo conseguir dar la mejor atención a todos los pacientes. Y cuando hablamos de todos los pacientes hablamos de pacientes COVID y no-COVID y cómo conseguir que todos los profesionales tengan el equipamiento y la protección personal que necesitan. Entonces en este contexto y bajo estas dos premisas comenzamos a trabajar en la epidemia. Trabajamos en un marco de trabajo donde definíamos seis puntos, seis retos o seis líneas clave para definir la intervención. Si veis en la pantalla unos criterios están diseñados para una actividad regular. Sabemos más o menos qué actividad tenemos cada año. Sabemos cuánta actividad quirúrgica vamos a tener, cuánta actividad clínica, qué número de pruebas de laboratorio. Podemos gestionar de una forma ordenada los hospitales. Cuando llegó la epidemia, lo que ocurrió es que de repente en el mes de marzo tuvimos un incremento súbito de casos de una enfermedad nueva de la que no tenemos mucha información y de la cual además hay controversia en aspectos clínicos. Y teníamos que transformar un hospital por completo para poder afrontar este nuevo reto. Y esta sobrecarga de enfermedad, como es el COVID, se tenía que ver, de manera obligatoria, acompañada de una reducción de la atención al resto de patologías habituales que no son por COVID.

Entonces definimos el eje de nuestra intervención y los retos a los que nos enfrentamos en seis puntos. El primero era transformar a un hospital. Un hospital, desde el punto de vista organizativo, arquitectónico y de recursos humanos preparado para una serie de patologías regulares, tenía que convertirse en un hospital monográfico para Coronavirus donde el 95% de todos los recursos se iban a destinar a una nueva enfermedad. Este era el primer gran reto.

El segundo es que, además, que por las estimaciones que teníamos en la primera quincena de marzo, la capacidad del hospital se iba a ver completamente sobrepasada. O sea que no solamente teníamos que transformar el hospital, sino aumentar su capacidad en todos los ámbitos, hospitalización, UVIs, pero se nos olvida siempre la capacidad diagnóstica del laboratorio, la capacidad de los servicios de urgencias. O sea que no era sólo una transformación, un incremento de la capacidad.

En tercer lugar, la protección adecuada de los profesionales. Y aquí no estamos hablando sólo de la capacidad de disponer de material de protección individual sino también del conocimiento, del manejo y del uso habitual de ellos. Y esto era un reto casi tan importante como disponer del material, la capacitación de los profesionales.

En cuarto lugar, teníamos que ser capaces de mantener el 100% de la actividad, al menos en las áreas clínicamente más importantes que no eran COVID. Estamos hablando de la atención urgente a todas las patologías y de aquellos procesos clínicos que el tiempo te impide que se demoren, como son sobre todo la patología oncológica y la patología grave, como puede ser los pacientes dializados u otro tipo de pacientes similares.

El quinto reto era cómo ser capaces de mantener la actividad con aquellos pacientes crónicos

que ya no iban a venir al hospital puesto que la situación lo impedía y qué estrategia podíamos poner en marcha para poder seguir a estos pacientes a distancia de sus hogares o fuera del hospital.

Y en sexto lugar es cómo reactivar la actividad lo antes posible. Ya hemos introducido antes la importancia de no tratar sólo COVID, sino de pensar en el resto de las patologías. Ahora vamos a afrontar una situación que puede ser incluso más compleja que el propio COVID que es todo el retraso que se está dando en los nuevos diagnósticos, en las plazas para los pacientes oncológicos, las caídas en las coberturas de vacunación, el funcionamiento erróneo de la atención primaria – erróneo quiero decir intermitente.

Es decir, el sexto y el último reto, en el que estamos ahora sobre todo trabajando, es cómo reactivar la actividad que no es puramente COVID y cómo intentar recuperar todo aquel tiempo perdido en el resto de patologías que pueden generar un impacto mucho mayor en el sistema sanitario que el que ha generado el propio COVID.

Minuto 00:23:29

Bill Savedoff: Por lo tanto, es realmente un desafío manejar toda la secuencia de actividades con las que tiene que lidiar en el nivel hospitalario.

La siguiente pregunta vuelve a Robert. Parece que el campo de la ética se basó básicamente en este tipo de dilemas. Creo que el que clásicamente aprendí en la universidad fue el tren que bajaba por la vía y hay una persona aquí y hay diez personas allí. Y aquí tienes un número limitado de ventiladores o camas de UCI. ¿Existen criterios o procesos específicos que recomiendes para ayudar a las personas a pensar detenidamente cómo abordar cosas como esta? Me imagino que hay cursos para médicos que realmente se ocupan de este tipo de cosas.

Robert Klitzman: Sí, estas son buenas preguntas. Tenemos, como dije, un programa de Maestría en Bioética en Columbia y cursos individuales. Tenemos personas de todo el mundo que toman nuestros cursos en línea, los hemos tenido durante varios años y las personas pueden encontrar esto de interés.

Analizamos y seguimos analizando muchos de estos problemas. En general, éticamente hay criterios importantes en términos de los procesos que uno usa y los resultados. Entonces, en términos de procesos, es muy importante que haya transparencia. Y estamos hablando de cómo decidir en un país o región, o ciudad, quién va a recibir ciertos tratamientos y quién no, así como algunas de las otras decisiones y dilemas que mencionó Amanda, como cuántos recursos deberíamos poner hacia la prevención versus el tratamiento. Y, como decía Javier, cuánto deberíamos centrarnos en los pacientes con COVID versus los pacientes con otras enfermedades y dónde trazar la línea. Por lo tanto, deseamos un proceso transparente que involucre a las partes interesadas. Deseamos escuchar las perspectivas de todos los diferentes grupos que están involucrados de alguna manera, diferentes grupos de pacientes, proveedores, población en general, etc. Y, como decía Amanda, dado el hecho de que estamos aprendiendo literalmente todos los días y ciertamente cada semana sobre COVID a medida que obtenemos

más y más datos de más países. Entonces, sea cual sea el proceso, se puede configurar, y como lo mostró Javier en su gráfico, se pudo configurar un proceso en marzo, pero es posible que deba volver a evaluarlo en abril y en mayo, ya que sabemos más sobre lo que está sucediendo o qué tan bien funciona el distanciamiento social en un área particular. Entonces necesitas un proceso ético.

En términos de cuál debería ser el contenido, aquí también hay consideraciones éticas. Por lo tanto, si tenemos escasez de ventiladores o máscaras o camas o personal de la UCI, no quisiéramos un proceso por orden de llegada porque puede haber personas que llegan primero al hospital que no están muy enfermas y podrían estar en casa, o puede llegar primero personas que están muy enfermas y que van a morir sin importar lo que hagas y que ocuparán una cama en el hospital, si hay un límite en el número de espacios que se tiene, podrías dar este espacio en cambio a alguien que morirá si no obtienen el espacio y con el espacio sobrevivirá. Necesitamos hacer ese tipo de decisiones.

Por lo tanto, no es deseable un sistema de primero en llegada, primero en derecho. Tampoco es deseable hacerlo al azar, por la misma razón, no queremos tener una lotería donde simplemente tiramos una moneda. Se desea un proceso que sea lógico. Y el objetivo subyacente, con este proceso llamado triaje, que es la asignación de recursos cuando no tenemos suficiente para todos, es que desea dar los recursos limitados a las personas que morirían si no se los entrega y que este acceso les permitirá sobrevivir, mientras que no sobrevivirían si no se los dieras. Entonces, las personas que van a sobrevivir de todos modos no van a obtener la prioridad porque realmente no necesitan el equipo tanto como alguien más. Y las personas que van a morir de todos modos, no importa lo que hagas, tienen menos prioridad.

Entonces lo deseable es tener una forma independiente de decidir. Y no queremos que los médicos decidan sobre sus propios pacientes, porque dirán: "bueno, realmente me gusta este paciente, realmente quiero ayudarlo. Y este paciente realmente no los conozco, así que no quiero decidir". Lo que se requiere es que un grupo independiente de médicos, dos médicos, que no están directamente involucrados con el cuidado del paciente, decidan. Y necesitamos asegurarnos de que sigan criterios claros.

Lo que quieres es evaluar en términos de cómo sabemos si es probable que alguien sobreviva o no, utilizando criterios objetivos. Y se han desarrollado criterios basados en si las personas tienen otros sistemas de órganos que han fallado. Entonces, si las personas han tenido una enfermedad cardíaca o diabetes grave o están en coma o tienen una enfermedad cerebral grave o tienen Alzheimer grave. Sabemos estadísticamente que las personas que tienen insuficiencia multi-sistema como estas tienen menos probabilidades de sobrevivir. Quieres decidir mirando sus escalas, mirando cosas como: ¿funcionan los riñones de esta persona, funciona su corazón, tiene demencia?

Y quieres tener cuidado de no discriminar. Quieres ponerte de cabeza, como decimos, para asegurarte de no excluir grupos que no necesitan ser excluidos. Entonces, por ejemplo, nos preocupan las personas con discapacidad. Por lo tanto, las personas con síndrome de Down

pueden tener buenos resultados en términos de recibir tratamiento. Y el criterio no debe ser la calidad de vida. Pueden estar en una silla de ruedas, digamos, pero no queremos decir: "bueno, están en una silla de ruedas, así que no los vamos a ayudar". Debe basarse en si sobrevivirán hasta el alta hospitalaria y podrán irse a casa con vida. Ese debería ser el criterio en lugar de: ¿van a ser una persona importante en el mundo o van a estar en una silla de ruedas y eso va a contar en su contra? Entonces, hay criterios como ese que podemos usar.

Minuto 00:29:42

Bill Savedoff: Entonces, lo que voy entendiendo es que este tipo de orientación en la dirección hacia la objetividad, la transparencia y la lógica es una forma de alejarlo de ese tipo de injusticia que sentirías si alguien fuera privilegiado. Entonces Javier, combates con esto directamente. ¿Has tenido que enfrentar decisiones similares y hay algo nuevo que hayas aprendido en los últimos meses debido a la pandemia?

Javier Arcos: Sí, hemos aprendido muchísimo. De hecho, en mi caso, aunque ahora trabajo en la dirección médica de un hospital, es verdad que en el uso de recursos limitados y en ese balance ético de cómo usarlo sí que tengo bastante experiencia porque he trabajado mucho en diferentes epidemias, tanto en América Latina como en África y en el sudeste asiático, también en catástrofes naturales, tifones, Tsunamis, terremotos. No era la primera vez que me enfrentaba a una situación de este tipo y creo que el aprendizaje de las situaciones previas me ha ayudado a manejarlo de una forma mucho más objetiva. Como comentaba Robert, hay que intentar tener un criterio siempre de objetividad.

Creo que es muy importante también que esa responsabilidad de la toma de decisiones no recaiga de forma individual sobre el único médico responsable de este caso. Tiene que ser una decisión compartida en unidades multi-disciplinares y con una serie de criterios que estén basados en la objetividad y, como decía Roberto, no en cuál va a ser el futuro individual de esa persona, cuál va a ser su vida o cuál es su calidad actualidad, sino cuál es la probabilidad real de mejora con ese soporte o ese recurso.

Y en ese sentido yo creo que como aprendizaje básicamente nos quedamos en que lo importante es todo el proceso existencial y no sólo el recurso final. Se ha hablado mucho de las UVIs y de los respiradores, pero el curso de la epidemia, si vemos el histórico de los tres meses ha tenido una primera fase donde la avalancha de casos estaba en los servicios de urgencias, esa avalancha se desplazó a los servicios de hospitalización y posteriormente se desplazó hacia las UCIs en la fase final. Es cierto que la UCI es el recurso más crítico, pero hay que trabajar en las fases previas también para reducir al máximo ese dilema ético y tratar de proveer los recursos necesarios a todos los pacientes. Y en ese sentido yo creo que la pregunta clave no es: ¿qué puedo hacer para tener más UCIs o más respiradores? – que por supuesto hay que hacerlo – sino ¿qué puedo hacer para evitar que ese paciente llegue a la UCI y que llegue a ese extremo final en el que tengo que tomar una decisión crítica o conflictiva?

Y en ese sentido nuestra recomendación o aprendizaje ha sido el de intentar disponer de todas

aquellas unidades intermedias que pueden facilitar que no haga falta ese recurso, como pueden ser las unidades de cuidados intermedios respiratorios, que nos han permitido dar un soporte ventilatorio menos complejo que una unidad de cuidados intensivos y ha conseguido que evitemos que algunos pacientes lleguen a ese recurso. Y, por otro lado, nos ha permitido a cortar la estancia media de la UVI para que ese recurso pueda ser útil para más personas. Con las unidades de cuidados intermedios hemos sido capaces de llevar altas de una forma más precoz. Por lo tanto, hemos acertado la necesidad de tiempo de UVI de cada paciente. Y digamos que el recurso de UVI ha podido ser efectivo para un mayor número de personas. Entonces quizás la clave al nivel de organización en el hospital y en el aprendizaje ha sido ese, intentar hacer todo lo posible antes, aprender a manejar mejor clínicamente la enfermedad, incrementar y crear nuevas unidades de cuidados intermedios para que la necesidad de ese recurso sea menor. Y en el caso de que llegue - en nuestro caso hemos tenido que multiplicar por cuatro la capacidad de UVI y respiradores - que esta decisión no recaiga sobre un único individuo, sino que esté consensada con equipos multi-disciplinares y en base a parámetros objetivos.

Minuto 00:33:29

Bill Savedoff: Creo que es fascinante. Estás señalando cuán difíciles son las elecciones porque trabajamos muy duro para aflojar las restricciones y limitaciones, ¿verdad? No se trata solo de la cantidad de camas o ventiladores, sino que intentas descubrir cómo usarlos de manera que puedas atender a más personas. Cuantas más personas puedas atender, menos decisiones difíciles tendrás que tomar.

Javier Arcos: Y también el manejo clínico porque al final por la experiencia clínica hemos manejado mucho mejor la enfermedad en las últimas dos semanas que en las primeras dos semanas. También hay que centrarse mucho en el aprendizaje clínico del manejo de la enfermedad porque eso está directamente relacionado con la necesidad y con el impacto de los recursos.

Bill Savedoff: Fantástico. Estos son los trade-offs a nivel clínico. Quiero dar un paso atrás, y hablar sobre la asignación de los escasos recursos de manera más amplia y volver a Amanda sobre esto. Mencionaste que los servicios de salud que no están relacionados con la pandemia, están siendo pospuestos y descuidados. Mencionaste algunas de las cifras sobre el impacto neto. Supongo que la pregunta aquí es si es posible conciliar las políticas públicas para retrasar la transmisión de COVID-19 con la necesidad de mantener los otros tipos de servicios de salud. Y, ¿qué papel jugaría el establecimiento de prioridades en eso?

Minuto 00:34:51

Amanda Glassman: Creo que hay y se trata de (...), ya sabes que Javier presentó estos cinco desafíos, creo que fueron cinco desafíos. Y uno de los desafíos era mantener la provisión de servicios esenciales sacándolos del hospital y proporcionándolos de manera segura a quienes los necesitan. Y yo diría que, colectivamente, ningún país ha descubierto realmente cómo hacerlo muy bien todavía. Y obviamente es una prioridad urgente. Y es más prioritario en países de bajos y medianos ingresos donde la prevalencia de enfermedades infecciosas es mucho mayor.

Entonces, la vacunación es realmente importante también en los Estados Unidos, donde la tasa de vacunación contra el sarampión es tan baja que, si dejamos que nuestra tasa de vacunación caiga aún más, lo que ha sucedido, estaremos sujetos a otro brote que es mucho más dañino para la salud y un grupo diferente de la población que COVID.

Quería responder a tu pregunta anterior porque creo que hay dos ejemplos realmente interesantes. Y usaré los ejemplos del Reino Unido y los Estados Unidos solo porque están bastante bien documentados. Entonces, en el Reino Unido, lo que estamos viendo es que personas acceden ventilación asistida que no sería el caso según los protocolos de priorización normales. Entonces vemos a una persona de 90 años con falla multisistémica siendo ventilada, lo que el NHS nunca hubiera hecho en un mundo pre-COVID. Y eso se debe a la enorme, quiero decir que podrías llamarlo histeria. Parece que las estructuras regulares para decidir quién obtiene qué se han desmoronado un poco a nivel clínico y a nivel de gestión del sistema. Es solo un reflejo de lo que realmente estamos viendo en los consejos prácticos que Robert y Javier nos están dando a nivel clínico.

Y luego otro ejemplo es Remdesivir, que es un medicamento que acorta la duración de la enfermedad. En los Estados Unidos, el gobierno federal tenía la medicina, pero nadie sabía cuál era el criterio para su distribución, qué hospitales la obtuvieron, qué Estados la obtuvieron y dentro de los hospitales quién lo recibiría. Y terminó siendo el primero en llegar. Y, por supuesto, cada hospital en los Estados Unidos hace lo suyo. Y esa es otra gran lección para todos los demás, que es tratar de no hacer eso. Por supuesto, hay un trabajo específico de cada centro que debe hacerse. Los comités deben operar. Pero debería haber alguna capacidad en la forma en que decidimos. Usamos criterios de costo-efectividad y la deliberación pública sobre la evidencia de quién podría beneficiarse más en términos de salud y equidad para decidir quién se vacunará, por ejemplo. En los Estados Unidos tenemos un comité, se llama ACIP, olvido lo que significa, pero está basado en el CDC. La pregunta es: ¿por qué no usamos estos mismos mecanismos para decidir la asignación de este tipo de contramedidas médicas?

Creo que un punto similar se refiere a quién (...) incluso si estamos hablando de prevención, podríamos pensar en estos comités de establecimiento de prioridades que también piensan dónde están las comunidades que sabemos que son más vulnerables y dónde debemos actuar más temprano que tarde, para agua y saneamiento, para aquellos servicios descentralizados, servicios en la ciudad, por ejemplo, hogares para personas mayores, cuidados paliativos, prisiones o barrios marginales donde hay mucho hacinamiento. Ya conocemos esa información. Estoy muy decepcionada de nosotros mismos colectivamente por, no ser mejores. Hemos estado dando muchos consejos clínicos desde las agencias internacionales, pero lo que no estamos dando es una especie de enfoque de salud pública. ¿Dónde están las comunidades donde necesito actuar rápidamente en las zonas urbanas para poder realizar estas inversiones de prevención que marcarán la diferencia en la propagación de la enfermedad?

Quizás lo último que hay que decir es que muchos países de América Latina sí tienen procesos para evaluar nuevos medicamentos, por ejemplo, para ver sus costos y beneficios desde una

perspectiva de salud y una perspectiva de equidad y para hacer recomendaciones a los responsables políticos. Me temo que han tardado en reconocer las dimensiones éticas de esas recomendaciones y en abrir esos procesos al escrutinio público, a la transparencia y a la deliberación en torno a la evidencia para que sea una decisión considerada legítima. Y creo que esa es un área en la que el BID ha estado trabajando durante mucho tiempo y espero que podamos aprovechar esta oportunidad para realmente elevar y hacer que estos organismos que establecen prioridades para el gasto público sean mucho más funcionales, más dinámicos y receptivos a lo que está sucediendo ahora con COVID-19.

Minuto 00:39:43

Bill Savedoff: Gracias, realmente es una buena respuesta. Robert, Amanda ha estado hablando de ejemplos de nivel clínico como los ventiladores y luego preguntas más amplias sobre las asignaciones. ¿Hay algo que puedas decirnos sobre ese tipo de elección ética no a nivel de triaje de los pacientes sino a nivel de políticas públicas? Quiero decir que hay criterios como la rentabilidad, etc.

Robert Klitzman: No lo hicimos lo suficientemente bien, diría yo, muchos de nosotros en los Estados Unidos. No pensamos en el hecho de que, si dedicamos todos los recursos al tratamiento de COVID, qué sucedería con otros pacientes que necesitan los servicios. Y muchos hospitales dijeron que solo iban a tratar COVID y terminaron siendo que pacientes murieron en casa que habrían acudido al hospital por enfermedades cardíacas, por ejemplo, y pudimos haberlos tratado. Creo que existe una tendencia entre los responsables políticos a pasar de negar la enfermedad y subestimar la cantidad de daño a sobreestimar, como decir: "Oh, Dios mío, tenemos que centrarnos en COVID", en lugar de, como dijeron Javier y Amanda, qué necesitan otros pacientes. Y, obviamente, no podremos satisfacer las necesidades de todos los pacientes, pero hay algunas personas que podrían morir de enfermedades del corazón si no las tratamos. Por lo tanto, creo que es necesario tener en cuenta este tipo de consideraciones y creo que es por eso que, como parte del proceso de transparencia y el involucramiento de los actores locales, esperarías escuchar este tipo de preocupaciones lo suficientemente pronto. Creo que cuando comenzamos a ver que hay un problema en los Estados Unidos, aún no reajustamos nuestra dirección lo suficientemente rápido. Y, por último, creo que la educación y los mensajes al público son muy importantes aquí. Y creo que esa es otra área en la que lo mejor que podemos hacer es decirles a las personas que mantengan el distanciamiento social y explicar por qué, incluso si no lo desean, eso también puede ayudar con estos problemas.

Minuto 00:41:50

Bill Savedoff: Gracias. Javier, nos dijiste lo que hiciste en el hospital en términos de tratar pacientes con COVID. ¿Cómo trataron ustedes a estos otros pacientes y las necesidades continuas de tratar a otro tipo de pacientes? ¿Y qué tipo de consejo le darías a tus colegas en América Latina sobre esto?

Javier Arcos: Creo que podemos responder las dos preguntas juntas porque al final nuestras recomendaciones son básicamente también frutos de la experiencia. Creo que aquí hay tres

ideas clave. En primer lugar, creo que tenemos que entender que los sistemas sanitarios tienen que estar preparados para convivir con situaciones de este tipo durante mucho tiempo. No podemos centrarnos en responder a epidemias como la de COVID olvidándonos del resto de la asistencia sanitaria.

En segundo lugar, si vemos el ciclo de prevención, preparación y respuesta cada vez que hay una emergencia médica, tendemos a empezar por el tercer paso en lugar de por el primero. Empezamos siempre con la respuesta sin estar preparados y sin haber trabajado una prevención. Y creo que esto es un aviso muy serio, a nivel global, de que tenemos que invertir mucho más en preparación. Y cuando digo invertir me refiero técnicamente, no necesariamente económicamente, sino estar preparados a afrontar situaciones de este tipo.

Y luego me gustaría dejar tres pinceladas, que son recomendaciones que sí que daríamos que son, un poco, frutos de nuestra experiencia de aquí. En primer lugar, es muy importante la preparación de espacios y logística. Es muy importante, por ejemplo – y creo que ha sido uno de los éxitos al menos en nuestro hospital de respuesta – hemos conseguido casi duplicar la capacidad del hospital y cuadruplicar la de la UCI sin usar espacios de áreas tan sensibles como son el bloque quirúrgico, donde se hacen todas las cirugías, el hospital del día donde se hace el tratamiento oncológico o la unidad de diálisis, donde están los pacientes más sensibles. Eso nos ha permitido, por ejemplo, ser capaces de mantener toda la actividad oncológica del hospital y poder recibir a pacientes oncológicos de otros hospitales del sistema sanitario que no tuvieran esa capacidad. Y nos ha permitido, por tanto, mantener toda la actividad crítica no-COVID en una situación relativamente normal.

La segunda idea es diseñar muy bien, desde el principio, los procesos clínicos del resto de patologías. Esto viene para quedarse. No sabemos realmente cuándo va a ser la segunda oleada, si la va a haber o no o cuánto tiempo va a perdurar. Mi recomendación es que independientemente de la situación de cada hospital o de cada país empiecen a trabajar ya en la convivencia. Es inviable un escenario en el que sólo trabajemos en COVID. Hay que definir los circuitos clínicos: ¿a quién se le va a hacer PCR, a quién no?, ¿cuál va a ser el flujo de acceso al hospital?, ¿cómo vamos a separar y a aislar y separar por cortes a los pacientes?, ¿cómo vamos a diferenciar la zona del hospital donde van a estar? Es un trabajo que se puede hacer desde el primer día de la epidemia.

Y en tercer lugar es abrir la puerta, por fin, a la medicina a distancia con los recursos o sistemas que tenga cada centro. Nosotros aquí tenemos la suerte de trabajar ya mucho con una aplicación propia, el portal del paciente. Trabajamos mucho con tele-medicina de una forma regular. Y hemos multiplicado hasta por diez el seguimiento a distancia de pacientes crónicos durante la epidemia, que nos ha permitido en muchos casos, cerca de un 60% a 70%, mantener más o menos la actividad regular de patología crónica, eso sí a distancia.

Entonces como grandes ideas es trabajar mucho más en preparación, dirigida a entender que la convivencia entre COVID, o las futuras epidemias, y el resto de patologías va a ser más que necesaria en un mundo tan globalizado como el nuestro. Y en tercer lugar el despertar o el

intentar dar a arrancar todas las iniciativas de medicina a distancia que se puedan porque se están demostrando eficaces no sólo en entornos epidémicos como este, sino para la sustentabilidad de los sistemas sanitarios.

Minuto 00:45:32

Bill Savedoff: Ok, supongo que es una amplia gama de ideas muy útiles. Es otro caso en el que tenemos que ser ingeniosos y usar cada estrategia e idea que tengamos. Esto es genial, gracias por esas respuestas!

Preguntas y respuestas

Bill Savedoff: *Algunas de las preguntas se refieren al tema de los hospitales psiquiátricos y los hogares de ancianos, que son vulnerables tanto porque los recursos se destinarán a COVID como también porque hay concentraciones de personas que son bastante vulnerables a la enfermedad. ¿Tiene algún consejo, ya sea desde una perspectiva política o desde el lado ético o clínico, sobre cómo deberíamos tratar con ellos?*

Robert Klitzman: Solo diría que la sensación que tuvimos, muchos de nosotros en los Estados Unidos, es que no prestamos atención lo suficientemente temprano a los daños que iban a ocurrir en los hogares de ancianos. Y ahora estamos viendo esto en las cárceles, debería decir, en los Estados Unidos. Así que creo que poner a disposición equipos de protección personal, incentivar el lavado de manos y las cosas que se pueden hacer para prevenir, como dije antes. A menudo ignoramos eso a pesar de que los casos surgieron en hogares de ancianos. Por lo tanto, debemos tener mucho cuidado, en términos de distribución de equipos de protección personal y asegurarnos de que lleguen a estos lugares. Y debo decir que, en los servicios de salud me preocupa que haya muchos síntomas de depresión, estrés y ansiedad y creo que estos son otros temas que debemos abordar y que los países deben considerar y trabajar en cómo alentar a las personas a hacer ejercicio, a comer adecuadamente, a pensar en formas de estructurar su día si están en casa, para evitar simplemente depender del alcohol, por ejemplo, como una forma de lidiar con el estrés, etc.

Minuto 00:47:34

Javier Arcos: Añadiendo al comentario de Robert, sobre todo sobre los “nursing homes” y residencias en general, creo que a todos nos ha pasado igual. Hemos llegado toda una poca tarde. Creo que la sensación es global. Y ahí yo añadiría, a los comentarios que Robert nos hacía, la importancia de que los hospitales como estructuras habitualmente con más capacidad que muchos sistemas de atención primaria se impliquen también en el apoyo a las residencias. No sólo la distribución de materiales, sino también el asesoramiento clínico. Aquí, como ejemplo, en esa parte de transformación organizativa del hospital, pues sí que montamos diferentes brigadas y equipos de clínicos que tuvimos que formar de una forma acelerada porque no eran especialistas en la materia. Y estuvieron apoyando a las residencias, desplazándose a diario a muchas de ellas para intentar suplir parte del déficit de asistencia que muchas de ellas tienen porque no cuentan con personal sanitario o no cuentan con personal sanitario especializado.

Minuto 00:48:30

Bill Savedoff: *Tenemos una pregunta de Wendy Gerber que dice: Uno de los aspectos positivos de esta pandemia es la necesidad de colaboración a nivel mundial y regional. Ella le está preguntando cómo podemos fomentar la colaboración. Mi sensación es que una emergencia como esta saca lo mejor y lo peor de las personas. Es como si hubiera mucha gente uniéndose a su alrededor, pero también puede haber muchas peleas.*

Amanda, no sé si quieres hablar un poco sobre la colaboración internacional o nacional en esta crisis.

Amanda Glassman: Bueno, es una bolsa mixta como dices. Sabes, ciertamente existe una colaboración internacional muy interesante en torno al desarrollo de vacunas, terapias y diagnósticos liderados por la Organización Mundial de la Salud y cierto compromiso para asegurar que los países de bajos ingresos tengan al menos acceso a una eventual vacuna COVID-19, aunque todavía no tiene fondos suficientes.

El otro gran aspecto es el intercambio muy rápido de la ciencia y los estudios epidemiológicos que salen de China y el resto del mundo. Se publican sin revisión por pares, se publican conjuntos de datos, se publica el código. Eso es muy interesante, aunque crea una enorme cantidad de confusión. Creo que alguien dijo que se publican 20,000 artículos al mes sobre el tema, lo que hace que sea difícil mantenerse al tanto de lo que sabemos y cómo lo sabemos. Y estamos viendo algo de eso reflejado en la confusión sobre (temas como:) ¿Las máscaras funcionan o no funcionan? ¡Solo usa la máscara! Por lo tanto, en realidad es excelente en términos de conocimiento, pero está afectando nuestra capacidad de comunicarnos claramente como profesionales de salud pública.

Si puedo, tal vez responderé a un par de preguntas que veo aparecer en el chat. E ilustran algunos de los temas de los que hemos hablado anteriormente. Uno de ellos es de Honduras. Se trata de cómo enfrentan ambos, el brote de Dengue y COVID al mismo tiempo. Y eso plantea la cuestión de decir: "está bien, tenemos una vacuna de dengue costosa y poco eficaz, no tan eficaz como nos gustaría, pero, ¿es este el momento?". Sabes, si yo fuera una agencia internacional o un filántropo y quisiera hacer una diferencia en la salud, tal vez ahora sea el momento de ayudar a Honduras a comprar la vacuna contra el dengue, para que al menos no tengan que lidiar con dos brotes masivos al mismo tiempo, o intensificar la fumigación contra el mosquito o algo así. Debemos ser conscientes de que las decisiones que estamos tomando en tiempo real sobre cómo manejar varias amenazas que están consumiendo gran parte de nuestros recursos de atención médica, cuando tenemos cosas que podríamos usar, pero cuestan dinero. Por lo tanto, creo que la comunidad internacional también tiene un papel para ayudar a los países a analizar esto estratégicamente y gestionar algunos de estos otros riesgos.

Se hizo otro comentario sobre algunos de los países pequeños que hacen cosas realmente interesantes que han sido muy efectivas. Sabes, Vietnam viene a la mente donde hicieron un gran esfuerzo de salud pública y luego hicieron la básica "epidemiología de intervención", como dicen, pruebas, rastreo y aislamiento. Y lo han hecho de manera tan efectiva que todavía tienen una carga de trabajo muy baja. Y eso no es una isla. Es un país de bajos y medianos ingresos. Ciertamente es algo que todos deberíamos estar mirando. Y en los Estados Unidos tenemos que hacer lo mismo. Es solo lo básico: pruebas, trazabilidad y aislamiento, repetir, repetir y repetir; y hay que financiar esto. ¿Existe eso? ¿Cuál es el estado del rastreo de contactos en países como América Latina? ¿Qué sabemos sobre el gasto en eso? Tengo la sensación de que es inadecuado.

Me refiero a Surinam es un ejemplo interesante. Han tenido un caso después de una racha de 45 días sin casos. ¿Pero qué está pasando allí? ¿Es solo que el brote se desarrolla lentamente?

Y luego, finalmente, una iniciativa como la salud y la economía. Y espero que esto sea claro después de toda esta discusión. Pero lo que me desanima un poco cuando miro a los bancos multilaterales, y no quiero señalar al BID, estoy mirando principalmente al Banco Mundial, es que veo esta respuesta firme a la protección social masiva, y no veo el aumento del gasto en salud al nivel que necesitamos ver para poder hacer este seguimiento masivo de contactos o acciones relacionadas.

Me detendré ahí. Tengo mucho más que decir, pero por favor envíeme un correo electrónico.

Surinam ahora tiene 168 casos, me lo dice Diana en el chat. Así que estoy completamente desactualizada.

Minuto 00:53:15

Bill Savedoff: Lo que ha sido sorprendente es que algunos de los países más pequeños han podido mantenerlo presionado porque están aislados o no se han abierto. Y nuevamente nos preguntamos qué va a pasar cuando los países comiencen a abrir viajes internacionales, etc.

Me gustaría volver un poco más a esa perspectiva sobre la transparencia y la objetividad en estas decisiones porque es en todos los niveles. Es lo que el gobierno elige hacer, lo que el Banco Mundial y el BID eligen hacer en términos de asignaciones y a nivel clínico. Hay una pregunta de Luis Fernando Gómez sobre la ciudadanía y su participación. Pensé que era sorprendente lo que Javier y Robert dijeron que no le pides a un solo médico que tome estas decisiones, pero tienes un comité que lo hace. Y en cierto sentido ese es el mismo problema para las políticas públicas. Es diferente tener un presidente que tome una decisión por su cuenta o un Ministro de Salud que tener un proceso público participativo. ¿Hay formas específicas en que lo haya visto en diferentes lugares que podrían ser buenos modelos para que la gente los tome en cuenta ? ¿U otros problemas que surgen cuando piensas en la participación?

Robert Klitzman: Creo que debemos asegurar tener los actores interesados clave para que no tenerlo tan abierto. No quieres un "free-for-all" que continúe durante meses y meses y todos digan algo. Pero tener un período para dejarlo claro y luego tener un período de comentarios públicos y luego hacer que los comentarios sean evaluados cuidadosamente. Creo que esas son cosas importantes. Creo que es el compromiso con la transparencia y las partes interesadas, en otras palabras, escuchar de (...). Creo que desafortunadamente en los Estados Unidos, por ejemplo, en varios Estados desarrollaron criterios y no incluyeron a los representantes de personas con discapacidad, ni a la comunidad afroamericana tanto como deberían. Y entonces, esas comunidades, que están demasiado cargadas por la epidemia, o podrían estarlo, no fueron incluidas y, por lo tanto, los procesos tuvieron que ponerse al día posteriormente. Así que creo que es importante pensar a quién necesitamos tener en la mesa y no solo quién aparece y son que son los actores habituales. Pero creo que, dado que COVID nos afecta a todos en todos los ámbitos de la vida, es importante tener diferentes perspectivas. ¿Quiénes son los trabajadores

esenciales? ¿Son los pobres? ¿Quién puede representarlos? Ese tipo de cosas; creo que requiere un esfuerzo consciente.

Minuto 00:55:54

Javier Arcos: Me gustaría añadir. En esta perspectiva de limitación de recursos, creo que – y este es un punto de vista personal completamente – los países de renta más avanzada quizás hemos cometido un error estratégico durante los últimos años y es dar a entender que nuestros recursos son ilimitados. Y que este tipo de decisiones no las tomamos en la vida real porque antes de la epidemia se tomaban decisiones como esta. En las UCIs se toman habitualmente decisiones como estas casi con cada paciente casi cada día porque al final los recursos no son ilimitados y siempre hay que tomar decisiones individuales. Entonces quizás aquí nos hemos equivocado dando a entender que nuestros sistemas son ilimitados y que los recursos no se terminan y que este ejercicio de toma de decisiones sobre los recursos es algo excepcional en el COVID cuando no lo es. Eso obviamente en el impacto de la opinión pública ha sido más negativo porque es más difícil de comprender. Si lo hubiéramos hecho mejor antes y si se entendiera que es una situación normal creo que no habría sido tan complejo esa parte de opinión pública y de percepción colectiva de la limitación de los recursos.

Minuto 00:57:11

Bill Savedoff: Quiero tomar una última pregunta, una pregunta de Vicente (inaudible) sobre políticas para ayudar a los profesionales de la salud a lidiar con estos problemas. Mencionaste el estrés normal. ¿Qué tipo de políticas públicas y enfoques gerenciales necesitamos hacer para ayudar a las personas a administrar estas decisiones y trade-offs de manera ética en su trabajo como profesionales de la salud?

Robert Klitzman: Dos cosas me vienen a la mente. Uno son las protecciones legales para los trabajadores de la salud. No sé las normas sobre responsabilidad y la mala práctica en todos los países que representamos aquí hoy, pero al menos en los Estados Unidos se les dijo a los médicos que deben hacer las cosas de manera diferente y no seguir los estándares habituales de atención. Pero si no sigues los estándares habituales de atención, puedes ser demandado. Y creo que eso ejerce una presión adicional sobre los médicos. Creo que es necesario reconocer enormes tensiones de salud mental en los médicos. Entonces los hospitales deben ser conscientes de eso. En mi propia institución teníamos un médico COVID que se suicidó. Fue demasiado estresante, etc. Creo que las instituciones deben prestar atención para evitar el agotamiento, darse cuenta de que a menudo estamos tomando médicos de otros campos y haciéndolos trabajar en UCI por lo que debemos intentar obtener la mayor capacitación y apoyo posible para ellos.

Javier Arcos: Me gustaría complementar el comentario de Robert. Estoy completamente de acuerdo con él. Y por dar algunos ejemplos quizás, que puedan ser de utilidad para algunos compañeros y sí que, en este sentido, nos sirvió el aprendizaje de otras pandemias. Desde el principio, por ejemplo, hemos tenido unidades de apoyo de salud mental a todas las profesionales. Y como decía Roberto, no sólo en las áreas críticas sino a demanda de todos los

profesionales que lo necesitaran y de forma estructurada para aquellas áreas que sí estaban luchando contra la enfermedad de una forma más intensa. Sobre todo, porque hay que tener en cuenta que este es un contexto donde el miedo es muy racional y a pesar de ser profesionales sanitarios perdemos un punto de vista objetivo cuando esto nos toca de cerca. Sólo en España había, por lo menos documentados, más de setenta profesionales sanitarios fallecidos. Creo que los datos en Italia también son similares. Y además estamos hablando de una enfermedad, realmente, de la que todavía no conocemos mucho. Todos somos padres, tenemos hijos, familiares enfermos. El miedo colectivo que se ha generado ha sido enorme y el apoyo de salud mental tiene que ser uno de los ejes tan importante. Cuando hablamos de la protección del personal no sólo hablamos de máscaras o de bates o de guantes sino hablamos de protección de salud mental. Y hay que poner exactamente la misma intensidad en esa estrategia desde el día uno que en el tener en el almacén guantes o mascarar suficientes.

Minuto 00:59:58

Bill Savedoff: Amanda, ¿quieres participar en esto? Supongo que también está relacionado con el gasto. ¿Dónde está el dinero para las máscaras, el equipo de protección, el apoyo de salud mental o los problemas de personal que surgen?

Amanda Glassman: Exactamente, te imaginas un mundo ideal; quiero decir, especialmente ahora que este período inicial ha terminado, pero sabemos que el brote durará otro año o más. Por lo tanto, este es un problema constante, esta situación de miedo y lucha y debería ser realmente parte de nuestra planificación para el sector. Necesitamos aumentar enormemente nuestra epidemiología y aumentar la protección de los trabajadores de la salud en todos los aspectos, no solo física sino también mental.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



redcriteria.org



Red Criteria



@RedCriteria