

# ASPECTOS ÉTICOS EN LA REPROGRAMACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA PANDEMIA

Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia COVID 19  
Ministerio de Salud de Argentina

Integrantes:

Silvia Brussino, Beatriz Firmenich, Susana La Rocca, Norberto Liwski, Ignacio Maglio, Andrea Macías, María Luisa Pfeiffer, Pascual Valdez, Susana Vidal.

Abril 2021

*Las ideas y opiniones expresadas en este texto son responsabilidad de los y las autores/as, miembros del CEDHCOVID y no reflejan necesariamente el punto de vista del Ministerio de Salud de la Nación, ni el de alguno/a de sus funcionarios/as.*

*El CEDHCOVID es una entidad independiente, que asesora sobre los aspectos éticos relativos a la pandemia de COVID 19, y sus recomendaciones son de carácter no vinculantes.*

## Propósito

El propósito de este documento es brindar un marco de referencia en consonancia con los derechos humanos (DDHH), para orientar la toma de decisiones en la reprogramación de la atención de la salud, ante el recrudecimiento de la pandemia por COVID-19. Sobre esta base, la planificación y el diseño de una política pública saludable requiere trazar los ejes esenciales que optimicen el cuidado de la salud poblacional, tales como garantizar la distribución equitativa y el acceso igualitario a los servicios del cuidado de la salud y de la atención de la enfermedad. El desarrollo de los aspectos éticos, en su fundamentación, análisis y bibliografía de referencia, encontrará un tratamiento más profundo en los documentos anteriores del comité, en especial: *Primer nivel de atención en la pandemia: acceso de la comunidad al sistema de salud (marzo 2021)*<sup>1</sup>; y *Principios generales de derechos humanos y bioética en pandemia: Informe del Comité de ética y derechos humanos al Ministerio de Salud de la Nación (mayo 2020)*<sup>2</sup>.

## Preceptos básicos

- Se debe resguardar la protección del derecho a la salud en términos de universalidad, en condiciones de igualdad para todas las personas sin discriminación, en situaciones de pandemia.
- La pandemia pone de manifiesto las deficiencias que ya tienen los sistemas públicos de salud de nuestros países regidos por su fragmentación y segmentación, reproduciendo y profundizando las desigualdades sociales existentes, de no mediar políticas específicas para disminuirlas/revertirlas. Esta situación se debería poder visibilizar según el modo de tratamiento de los datos sanitarios. Esto significa que, además de producir información de una determinada condición de salud cuantificándola a través de promedios, se debería agregar la medición de su dispersión en la escala social, nivel de instrucción, participación en la estructura del trabajo, género, etnia, etc., con el fin de hacer visibles las desigualdades en salud, paso esencial para reducirlas/revertirlas.
- El aislamiento domiciliario, también puso en peores condiciones de acceso a determinados grupos marcados por la matriz de la desigualdad, determinada por la clase social, la edad, el

---

<sup>1</sup> Acceso: <https://drive.google.com/file/d/1gmAyXD62hsEJKsWpuv-hRBy7DqFtOJGX/view?usp=sharing>

<sup>2</sup> Acceso: <https://drive.google.com/file/d/19FWkZa5EtkFgCTR8f6l8GS92q-4jVkt/view?usp=sharing>

género, la etnia, el nivel de instrucción, la zona geográfica, el trabajo y la condición de migrante.

- El abordaje con los equipos del primer nivel de atención (por su inserción en redes territoriales y por su experticia en trabajar la realidad sociosanitaria) es fundamental para afrontar la pandemia con acciones que pongan el eje y la mirada en las desigualdades sociales. No obstante, sin el adecuado funcionamiento institucional, este abordaje es insuficiente.
- No obstante, es necesario entender que parte fundamental de este primer nivel de atención lo conforma la propia población que tiene, en sus haberes históricos y ancestrales, procesos de cuidado que conforman el entramado con el que se encuentra la mirada institucional.
- La prioridad sin lugar a duda es prevenir la infección COVID-19, pero las enfermedades no transmisibles (ENT) o no-COVID siguen representando la carga más pesada en el ámbito de la salud y requieren también especial cuidado.
- El sistema de salud de Argentina está siendo desafiado por la creciente demanda de atención sanitaria de pacientes con COVID-19, acentuado por las condiciones que impone el aislamiento social en la consulta por parte de la comunidad para todos los problemas de salud.
- Tanto la mortalidad directa por la pandemia como la mortalidad indirecta por condiciones prevenibles y tratables debido a la dificultad en el acceso a la atención sanitaria necesaria y oportuna, impactarán en la salud de la población en el corto y mediano plazo.
- En el trabajo en el primer nivel de atención se destacaron 3 conflictos durante 2020: el del ejercicio profesional con garantía de derechos, el de la intersectorialidad y el de las medidas iniciales de la pandemia en la niñez
- Es probable que, durante la pandemia, aumenten las muertes debido a otros problemas de salud por cambios en la oferta y/o demanda de servicios de salud.
- Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) representan la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, con consecuencias para la salud a largo plazo. En la Argentina las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 73,4% de las muertes, en su mayor parte son prevenibles.
- Según OMS-OPS, más de la mitad de los países encuestados, 53%, han interrumpido parcial o completamente los servicios para el tratamiento de la hipertensión; 49% para el tratamiento de diabetes y complicaciones relacionadas con la diabetes; 42% para el tratamiento del cáncer y 31% para emergencias cardiovasculares.
- El primer nivel de atención puede satisfacer más del 80% de las necesidades de salud de las personas en todas las edades y en todas las etapas de la vida, y esto hoy se ve reducido entre un 20 y 30 %, por lo que son claves todos los esfuerzos para revertir esta situación.
- Diferentes sociedades científicas y otras instituciones de salud han difundido en este tiempo estadísticas alarmantes de descensos significativos en la cantidad de consultas, estudios de diagnóstico e intervenciones, tanto programadas como de urgencia, en temas cardiovasculares, oncológicos, pediátricos, dermatológicos y oftalmológicos, entre otros.
- Hay contradicciones entre propagandas que orientan al cuidado de la salud, promoción, prevención (“controles” chequeos”), etc., y las respuestas institucionales a la hora de solicitar el acceso a los servicios.

## Objetivos a lograr

- Se debe asegurar el acceso de todos y todas, fortalecer y jerarquizar el primer nivel de atención, tanto para la detección y asistencia de personas con COVID-19, como para el resto de los problemas de salud que la población presenta, garantizando una atención integral, que incluya las áreas clínica, bucal, psicosocial de las personas en todas las etapas de la vida y de los lazos sociales que pudieran verse afectados por el aislamiento.
- Garantizar el cumplimiento de vacunación obligatoria y de servicios de salud sexual y reproductiva en todos los centros de primer nivel,
- Acceder a los domicilios de personas con discapacidad que no cuenten con acceso a sus servicios de rehabilitación.

## Reprogramación

### Internación

En relación a la internación, y considerando que la internación estimativa es de 1 por 1000 habitantes por mes, y que el 5-10% puede requerir camas de cuidados críticos fuera de pandemia, la opción para reducción de camas es la postergación de las cirugías programadas (lo que puede impactar en las camas generales, pero no tanto en las críticas), considerando que “no todas las cirugías programadas son iguales”. De esta forma debería establecerse un ranking de las mismas, priorizando según la presencia de los siguientes criterios:

- ✓ Proceso sistémico moderado a severo.
- ✓ Cirugía oncológica.
- ✓ Necesidad diagnóstica (biopsias).
- ✓ Cirugía para mejorar calidad de vida (ej. gastrostomía para alimentar o cirugía para mitigar dolor que no haya respondido a fármacos).
- ✓ Cirugía curativa, priorizando las potenciales complicaciones (con una predicción en el tiempo) que pueden llevar a la muerte o pérdida de función de un órgano más que en la patología en sí.
- ✓ Impacto de los resultados de la cirugía en la reinserción laboral u otros contextos evaluables en forma individual.

Estos conceptos se aplican a cirugía general, metabólica, oftalmología, ORL, traumatología, ginecología, cardiovascular, neurocirugía.

De todas formas, es deseable en cada servicio la creación de un comité de cirujanos y clínicos más las especialidades necesarias, incluyendo al comité de bioética, que analice caso por caso todos los pacientes que están en lista de espera.

### Ambulatorio

Considerar 3 escenarios

1. Examen periódico de salud (EPS)
2. Problemas de salud nuevos (PSN)
3. Seguimiento de patologías crónicas (SPC)

En todos los casos el acceso al sistema debe ser por teleconsulta para triage (con una duración muy breve), con una demora no superior a las 48 horas a partir de la solicitud, a fin de categorizar el motivo de consulta:

- EPS de las personas adultas con controles previos dentro de los plazos recomendados según bibliografía disponible o normativas locales. Pueden diferirse a nueva teleconsulta de triage en un plazo a fijar (por ejemplo 3-6 meses).
- EPS de las personas adultas con controles previos muy alejados de los plazos recomendados según bibliografía disponible o normativas locales. Debe darse turno dentro de los siguientes 30 días.
- Los casos de PSN requieren consulta presencial no diferible. Otorgar turno presencial en un plazo de 48 horas.
- Los casos de SPC pueden ser abordados inicialmente por teleconsulta, pero el profesional decidirá en el triage la necesidad de consulta presencial. Otorgar turno para teleconsulta o presencial dentro de los siguientes 30 días.

Considerar fuertemente los conceptos de prevención cuaternaria, considerando aquellas prácticas de uso habitual que NO son recomendadas (según literatura), en el marco de decisiones compartidas entre el profesional y el paciente.

#### Gestión institucional

- ✓ Cartelería del estilo “atendemos en consultorios”.
- ✓ Facilitar/agilizar acceso a los turnos.
- ✓ Rever plantillas profesionales, este hecho está facilitado por el retorno de los trabajadores de la salud dispensados que se han vacunado.
- ✓ Gestionar la teleconsulta.
- ✓ Gestionar la atención y la internación domiciliaria.

#### Centros ambulatorios de atención de la salud

- ✓ Estimular la comunicación con la comunidad y los diferentes sectores relacionados a fin de identificar y tomar decisiones conjuntas sobre los problemas priorizados.
- ✓ Realizar actividades que tiendan a potenciar las iniciativas comunitarias en el ejercicio de sus derechos en general y del derecho a la salud en particular.
- ✓ Promover y fortalecer la interdisciplina, la intersectorialidad, lo multiactoral y el trabajo en redes.
- ✓ Realizar atención ambulatoria, dentro de todas las acciones propias que no deben interrumpirse (ej. derechos sexuales y reproductivos, cuidado y atención de la salud de niñas, niños y adolescentes, etc.).