

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN CASO DE CRISIS

¿Qué son los estándares de atención en caso de crisis?

Los estándares de atención en caso de crisis son directivas que ayudan a los proveedores y sistemas de cuidado médico a decidir cómo brindar la mejor atención posible bajo circunstancias extraordinarias como una catástrofe o una emergencia de salud pública. Las directivas de los estándares de atención en caso de crisis se utilizan cuando los recursos son insuficientes para proporcionar la atención habitual a las personas que la necesitan. El objetivo de los estándares es salvar el mayor número de vidas posible.

Durante una catástrofe, como un terremoto o una pandemia, los sistemas de atención médica pueden estar tan saturados de pacientes, o los recursos pueden ser tan escasos, que quizá no sea posible brindar a todos los pacientes el nivel de atención que recibirían en circunstancias normales. En esas situaciones, los estándares de atención en caso de crisis deben guiar las decisiones sobre cómo asignar recursos limitados, entre ellos camas de hospital, medicamentos o ventiladores.

¿Cuándo se activan los estándares de atención en caso de crisis?

Los estándares de atención en caso de crisis SOLO se activan durante una catástrofe que desborda el sistema de cuidado médico en una amplia región geográfica y SOLO si los recursos no se pueden obtener con la suficiente rapidez para hacer frente a la escasez. Las limitaciones de recursos pueden implicar el espacio, los suministros o el personal necesario para atender adecuadamente a todos los pacientes.

¿Cuánto tiempo están en vigor los estándares de atención en caso de crisis?

Los estándares de atención en caso de crisis solo están activados hasta que se dispone de recursos suficientes para volver a la atención habitual.

¿Quién se encarga de declarar que los estándares de atención en caso de crisis han entrado en vigor?

Según la regla administrativa temporal, IDAPA 16.02.09, el director del Departamento de Salud y Bienestar es quien declara la activación de los estándares de atención en caso de crisis luego de una cuidadosa consideración y por recomendación del Comité asesor de activación de estándares de atención en caso de crisis.

¿Cómo podrían afectar a mi persona y a mi cuidado los estándares de atención en caso de crisis?

Cuando los estándares de atención en caso de crisis están activados, las personas que requieren atención médica pueden experimentar una atención distinta a la esperada. Por ejemplo, es posible que los servicios médicos de emergencia necesiten clasificar (priorizar) qué llamadas al 9-1-1 responden. Los pacientes ingresados en el hospital pueden encontrar que no hay camas disponibles o que estas se hallan en habitaciones reutilizadas (por ejemplo, una sala de conferencias), que los servicios de laboratorio o radiología son limitados o no están disponibles.

En raras ocasiones, es posible que sea necesario usar ventiladores (respiradores) o camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI) para quienes tienen mayores probabilidades de sobrevivir, mientras que los pacientes que no tienen probabilidades de sobrevivir pueden no recibirlos. El objetivo en todos los casos es brindar el mejor cuidado médico posible con los recursos disponibles y salvar el mayor número de vidas.

Tengo una discapacidad. ¿Se me hará una evaluación individual para acceder a los recursos limitados?

Al igual que otras personas de la comunidad que requieren cuidado médico, las personas con discapacidad serán evaluadas individualmente para posibles tratamientos utilizando la mejor evidencia médica objetiva disponible. El marco ético del documento “Estrategias para situaciones de escasez de recursos” establece que no se debe negar a las personas con discapacidad el acceso a los recursos de atención médica basándose en estereotipos, evaluaciones de la calidad de vida o juicios sobre el “valor” relativo de una persona en función de la presencia o ausencia de discapacidades. Esto está en consonancia con las leyes federales de no discriminación, como la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), que prohíben las medidas de racionamiento médico cuando dan lugar a la denegación de atención basada en la discapacidad a una persona que se beneficiaría de ella.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN CASO DE CRISIS

Vivo en la comunidad y tengo mi propio ventilador.

¿Qué pasará con mi ventilador si voy al hospital?

Una persona que vive en la comunidad y usa su propio ventilador no perderá el acceso a ese ventilador si ingresa al hospital. No obstante, si esa persona necesita un ventilador nuevo o de grado hospitalario, y no hay suficientes ventiladores para todos los que necesitan uno, entrará en el algoritmo de triaje y será evaluada individualmente para su asignación como cualquier otro paciente. Al igual que otras pertenencias personales, los ventiladores de propiedad privada deben ser inventariados junto con las pertenencias del paciente y devueltos al paciente al momento del alta. Los ventiladores de propiedad privada no deben reasignarse a otros pacientes.

¿El hospital proporcionará a alguien, o puedo llevar a alguien para que me ayude a comunicar mis necesidades?

Sí, un familiar, amigo o cuidador puede ayudarlo a comunicarse con el personal médico. El marco ético del documento “Estrategias para situaciones de escasez de recursos” establece que se debe brindar ayuda para la comunicación a todos los pacientes o familiares que la soliciten durante todas las fases de evaluación y el tratamiento. Usted, o la persona que lo acompañe, debe informar al personal médico que necesita ayuda para comunicarse, solicitando una modificación razonable de las políticas que podrían prohibir a su ayudante permanecer con usted. Esto incluye a personas que entiendan lo que usted dice para que puedan transmitir sus respuestas al personal médico, o alguien que pueda ayudarlo a entender la información que el personal médico le da o las preguntas que le hacen.

Los centros médicos están obligados a proporcionar intérpretes de lenguaje de señas estadounidense y otros idiomas. Sin embargo, las adaptaciones que establecen las leyes de derechos civiles deben ser razonables. Dada la escasez de intérpretes de idiomas, especialmente en las áreas rurales, la imperiosidad y el riesgo de infección, la interpretación de idiomas a través de los servicios de retransmisión por video (VRS) puede ser la única opción si usted no cuenta con un familiar, amigo o personal que pueda ayudarlo. Otras opciones podrían ser el uso de una pizarra, un bloc de notas o un dispositivo inteligente cuando la comunicación escrita en inglés u otro idioma común de la zona sea una alternativa.

El derecho a una comunicación eficaz está protegido por las leyes federales contra la discriminación, como la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

¿Es posible que los hospitales compartan recursos en lugar de implementar estándares de atención en caso de crisis?

Sí. Antes de que se implementen los estándares de atención en caso de crisis, se hará todo lo posible para obtener recursos de fuentes locales, regionales y federales. Los estándares de atención en caso de crisis SOLO se implementarán si no es posible obtener los recursos idóneos con la suficiente rapidez para brindar una atención adecuada a los pacientes.

Si se implementan los estándares de atención en caso de crisis durante la pandemia de COVID-19, ¿se verá afectada toda la atención médica o solo la atención relacionada con el COVID-19?

En caso de implementarse los estándares de atención en caso de crisis durante la pandemia de COVID-19, todos los tipos de atención médica podrían verse afectados. Si, por ejemplo, un paciente necesita atención en la UCI para el tratamiento de una infección grave o un accidente traumático y no hay suficientes camas de UCI disponibles para tratar a todos los pacientes que necesitan una, ese paciente entraría en un algoritmo de triaje al igual que los pacientes con COVID-19 que requieren una cama de UCI.

¿Ha tenido Idaho que utilizar alguna vez los estándares de atención en caso de crisis?

Los estándares de atención en caso de crisis se activaron en el norte de Idaho (distritos de salud de Panhandle y North Central) el 6 de septiembre de 2021, y en el resto del estado el 16 de septiembre de 2021. El Plan de estándares de atención en caso de crisis de Idaho se desarrolló en 2020 y, antes de las activaciones de septiembre de 2021, nunca se había utilizado.