

# Salut i Força

El periódico que promueve la salud en Baleares

Síguenos



@saludediciones



CANAL 4



Control



Año XXVI • Del 27 de abril al 3 de mayo de 2020 • Número 417 • www.saludediciones.com



## Plan para recuperar un tercio de la actividad en hospitales y Primaria

Págs. 4-5



ENTREVISTA

## Eugènia Carandell, directora de Assistència Sanitària del Servei de Salut

Págs. 6-7

## Circuito para cribado y diagnóstico de la COVID-19 para los profesionales del Ib-Salut

Pág. 13



## Del Código Ictus, al Código Coronavirus

Págs. 17-20

## HOTEL MEDICALIZADO



## Melià Palma Bay: el primer hotel medicalizado de las islas

Págs. 8-10



## Manuel Palomino, director de Gestión y Presupuestos del Servei de Salut

Pag. 11

## Editorial

Uno de los indicadores del progresivo retorno a la normalidad de la actividad asistencial en el sistema de salud pública de Balears es la reactivación escalonada de las intervenciones médicas y sanitarias previstas tanto en Atención Primaria como en los centros hospitalarios.

Esto ha sido posible gracias a que el número de ingresos de pacientes afectados por Covid-19 en la UCI y en otros departamentos y servicios ha continuado estos últimos días su tendencia a la baja, confirmando que el archipiélago balear es uno de los territorios del Estado mejor posicionados con vistas

al objetivo colectivo de derrotar definitivamente a la pandemia.

La irrupción del coronavirus obligó a la administración sanitaria, a todos sus responsables y profesionales, a planear una nueva hoja de ruta en la que la prioridad asistencial pasó a ser, como es lógico, la atención a los pacientes afectados por el Covid-19.

Esa era la meta primordial en este momento si de

Afortunadamente, en Balears, las cifras sobre la evolución del virus permiten ser cautelosamente optimistas, sin bajar por ello la guardia, dada la capacidad de afectación del coronavirus.

Y es dentro de estas perspectivas más halagüeñas que cabe situar la decisión sobre la reanudación de la actividad asistencial en su conjunto, si bien en ningún momento se ha descuidado la atención a los pacientes cuya asistencia no podía demorarse.

verdad se quería plantar cara con expectativas de éxito a la progresión de la pandemia en el transcurso de unas primeras semanas especialmente duras y dramáticas.

## The News Prosas Lazarianas

## Reflexiones covidinianas

Desde hace más de un mes nuestra cotidianidad gira en torno al Covid 19. Estamos inmersos en la covidiniana. Todo ha sido relegado a un plano secundario. De pronto descubrimos las limitaciones y lo condicionada que puede volverse nuestra vida por factores externos y más este que es muy excepcional y amenazante. Descubrimos las cuatro verdades supremas existenciales: la libertad y sus achiques, el aislamiento o soledad, la muerte y la necesidad de darle sentido a nuestra vida. Pero también volvemos a pensar con el azar que nos vuelve a recordar como dice el Dr. J. M. Ayerra que "somos fruto de muchas casualidades, aunque no nos guste reconocerlo y aceptar la modesta participación que tenemos en la determinación de nuestra existencia". Y también nos concita a seguir nuestro proceso de desidealización personal y colectiva. La vida, el trabajo, yo, nosotros, ellos, la vida todo

es incompleto. Nunca nada será algo como esperábamos. Todo es asimétrico y cambiante, aunque siempre esperamos que nos reconozcan y nos devuelvan lo que damos. Ya saben aquello de que uno no mea colonia, ni suda channel ni defeca perlas.

## La realidad y los voceros

Vayamos con la dureza de los datos cada vez más demoledores: más de 33.000 profesionales infectados. Más de 50 sanitarios fallecidos. 36 médicos muertos. La rabia colectiva de los profesionales, por el abandono, la pésima gestión y la falta de medios adecuados para no contagiarse, esta in crescendo. Resulta patético y vergonzoso, que, a estas alturas y con la que está cayendo, escuchar desde el pulpito, los relatos con gran amplificación mediática, de los autodenominados "ex-pertos sanitarios" y pseudo líderes políticos, centrados en la ceremonia exculpatoria. No

es serio ni por supuesto científico sus contradicciones, ocurrencias, dobles mensajes. Cuanto agradeceríamos el silencio de estos "supuestas autoridades en la pandemia" con nula capacidad de autocrítica e imbuidos en un narcisismo que les impide reconocer que lo mejor es que si no sabes no digas nada, porque tus palabras confunden más que aclaran. Empezaron negando y subestimando la pandemia pregonando con exceso de confianza y autocomplacencia que esto no es nada y dura cuatro días. ¿Como se puede hacer de portavoz sanitario sino tienes el *insight* necesario de que no sabes lo que no sabes? Ante la incertidumbre; prudencia, prudencia y más prudencia y megadosis de humildad. Somos aprendices de todo y maestros de nada. Con 31.000 profesionales sanitarios infectados, no cabe repartir material fake tal como las 350.000 mascarillas repartidas y ahora retiradas. No hay justifica-

ción para esta conducta temeraria y negligente.

## Preguntas que merecen respuesta

¿Tiene la Conselleria los 18.000 tests que han publicitado que harían a todos los profesionales del ámbito sanitario? ¿Son fiables o validos? ¿Están homologados? ¿Ha seguido el portavoz de la Conselleria los cinco pasos del método científico para sostener que en el contagio de los profesionales, influyeron el uso inadecuado de los EPIS, - dada su carencia e insuficiencia-, y el contacto extra asistencial, motivo por el cual Simebal pidió su dimisión y cese? ¿Si la Conselleria rectificó y la Directora General de Salud Pública también, por hacer las mismas declaraciones porque no ha rectificado el portavoz?

Ya saben en derrota transitoria pero nunca en doma.



Miguel Lázaro \*  
Psiquiatra HUSE  
Coordinador del  
Centro de  
Atención Integral  
de la Depresión.

## Sobre la difícil decisión de ingreso o no en la UCI

Traigo a colación un caso que desgraciadamente ya ha saltado a la prensa con el siguiente titular "A nuestra madre se le dejó morir sin darle una última oportunidad", se le pide que no vaya al hospital mientras no empeore, pero cuando al final ingresa está ya en muy mal estado de salud, no obstante, no se le traslada a la UCI, básicamente porque no hay plazas para todos y no cumple los requisitos de ingreso preferente, falleciendo a los pocos días. La familia solicita que se investigue si su madre no tuvo opción de ingresar en la UCI por su edad, y que se haga público el protocolo que se sigue en el hospital, que en su opinión contradice la legislación vigente.

Los problemas éticos que está planteando esta pandemia son sin duda muy interesantes, pero el derecho no puede dar soluciones con fórmulas generales y abstractas, sino que está obligado a proponer una solución concreta, a decidir en relación a un concreto enfermo, con una edad cronológica y otra biológica, con una situación médica previa no siempre clara, con patología y pronóstico cambiante, en función de un espacio disponible escaso y tam-

bién variable, y unas expectativas de ocupación de recursos a corto plazo siempre aproximadas.

Ante ello, si analizamos las Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de Cuidados Intensivos publicada por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), observamos es que, en dicho código se hace una constante referencia a la justicia distributiva que tiene lugar cuando en una comunidad se reparten bienes divisibles de la comunidad, por ejemplo, recursos sanitarios y en el que se fija el criterio de distribución como: "maximizar el beneficio del mayor número posible de personas", por lo tanto nos ofrece un criterio claro, mayor número, lo que es perfectamente racional, pero con una matización muy importante, cual es que no nos dice simplemente que haya que salvar cuantas más vidas mejor, sino que nos dice que hay que "maximizar el beneficio" del mayor número de personas. Con eso nos está introduciendo un criterio cualitativo, además e incluso por encima del meramente cuantitativo: la maximización del beneficio individual.

zación del beneficio individual.

Es obvio que la edad, sea cual sea, no puede constituir por sí sola el criterio excluyente del ingreso en UCI. El informe del Ministerio insiste reiteradamente en esa exigencia, por considerar esa discriminación contraria a los fundamentos mismos de nuestro Estado de Derecho, pero acompaña esa proscripción con una referencia a la necesidad de valorar el criterio clínico de cada paciente, las perspectivas objetivas de supervivencia y las de recuperación del paciente en el corto plazo, factores en los que la edad influye. De ahí que el informe avalado por las sociedades médicas exija combinar la edad con la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso con otros órganos, las posibles secuelas y la reversibilidad. En función de estos criterios es necesario hacer un triaje de ingreso en UCI, con toda la complejidad que ello implica, que clasifique a los enfermos en distintas categorías, y que jerarquice la prioridad de los grupos.



Marta Rossell  
Socia Directora  
Bufete Buades