

COVID-19: dejar morir a los pacientes adultos mayores atenta contra la dignidad humana y el derecho a la vida

COVID-19: Letting elderly patients die violates human dignity and the right to life

Señor Editor,

«Ninguna persona, joven o vieja, es prescindible», decía en mayo de este año el Secretario General de la ONU, António Guterres. Si bien el Secretario del alto organismo lleva razón por motivos que expon-dremos luego, es innegable que el escenario se torna especialmente enrevesado cuando los médicos deben elegir, en medio de una pandemia y con escasez de recursos, a qué paciente priorizar para una camilla, a qué persona vacunar primero cuando la vacuna para la COVID-19 alcance su etapa post aprobación, qué grupo debe tener prioridad para un ventilador mecánico, entre otras. En el escenario más complejo de todos, que hemos observado en países como Italia y España, el personal médico ha debido enfrentarse a la difícil decisión de a quién priorizar y a quién dejar morir. Es en este último supuesto donde nos concentraremos. Nuestra intención es desechar cualquier tipo de visión, que aquí denominaremos utilitarista, que pretenda optimizar recursos en desmedro de los adultos mayores por una exclusiva razón etaria y de patologías previas en los pacientes, constituyendo esta visión –a nuestro juicio– un atentado contra la dignidad humana y el derecho a la vida. Apoyando esta visión utilitarista se ha llegado a sostener incluso el “deber de morir”¹.

Supongamos un escenario donde falten vacunas, camillas o ventiladores mecánicos y se deba optar entre priorizar a uno de dos pacientes en riesgo vital: un adolescente y un adulto mayor. Luego de que se les ha consultado su postura sobre el tema, supongamos también que ambos han sostenido que efectivamente prefieren vacunarse, internarse o recibir ventilación mecánica, estando ambos (y el personal médico) en conocimiento de que su decisión puede hacer que el adolescente o adulto mayor que no se priorice, respectivamente, muera. Todo esto entraña, por supuesto, una profunda discusión ética que ha tenido respuesta desde diversos puntos del globo. Daniel Wikler, profesor de la Universidad de Harvard, planteaba en un artículo de principios de este año que la prioridad la debería tener el personal de salud «cuya escasez puede competir con la escasez de ventiladores como causa de muertes evitables»². Las preguntas que debería hacerse el profesor Wikler son: ¿Podemos quitarle el derecho a la vida a una persona exclusivamente porque no estudió una carrera afín al área médica?, ¿qué ocurre,

por ejemplo, en el caso del inmigrante que no tuvo la oportunidad de acceder a estudios universitarios? Pareciera que estaríamos quitándole el derecho a ventilador, camilla o vacuna por la exclusiva razón –siempre circunstancial, muchas veces azarosa– de ser inmigrante.

Habiendo despejado ese punto, se han planteado otros dos criterios que aquí nos interesan y que analizaremos como uno solo por presentarse usualmente de manera simultánea en pacientes adultos mayores, estos son (i) quitar prioridad a los pacientes en presencia de otras patologías (una o varias enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión, afecciones cardiovasculares y pulmonares (EPOC), etcétera) y (ii) establecer un límite de edad para acceder a este tipo de cuidados.

Es inaceptable que los sistemas de salud –como ha ocurrido en Europa– se reserven a admitir pacientes con determinadas características. Una sobrevaloración de la juventud como criterio para la asignación de recursos y atención es equivalente a valorar unas vidas por sobre otras³. Esto representa una patente violación a la dignidad de los pacientes adultos mayores y sin duda alguna que también les priva de su derecho a la vida. La protección de la salud se debe hacer *vis a vis* la garantía del derecho a la vida, independiente de las características particulares de las personas⁴.

En este contexto, existe una idea arraigada que es profundamente perniciosa, a saber, el entender a adultos mayores como sujetos incapaces de contribuir a la sociedad; concebirlos como sujetos crónicos o bien, débiles, frente a los cuales no se puede hacer mucho más que dejar que el reloj de la vida corra por sus cuerpos. Este prejuicio se intenta fundamentar con cifras y estadísticas que finalmente aplastan de una forma arbitrariamente brutal el acceso digno a la salud de los pacientes de este grupo. La ONU ha sido tajante al señalar que si bien debido a las limitaciones de recursos no siempre es posible prestar una atención basada en las “mejores prácticas”, esto no puede ser impedimento para que los Estados dejen de adoptar medidas para lograr los mejores resultados posibles a favor de los pacientes de edad avanzada en cualquier situación⁵.

No podemos permitir que el ejemplo europeo de tratar a los pacientes positivos para COVID-19 como cadáveres –aunque estén clínica y biológicamente vivos– se repita en Chile y en ningún rincón del planeta. La línea adecuada debe ser la de la CIPDHPM: «Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario

y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado»⁶.

Kurt Scheel S.^{1,a}

¹*Derecho Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.*
^a*Alumno.*

Referencias

1. Hardwig J. "Is there a duty to die?" *The Hastings Center Report* 1997; 27 (2): 34-42.
2. "Here are rules doctors can follow when they decide who gets care and who dies", Wikler, D. *The Washington Post*. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/04/01/ration-ventilators-beds-coronavirus/> [Consultado el 03 de noviembre de 2020].
3. Aronson, L. "Age, complexity, and crisis. A prescription for progress in pandemic", *The New England Journal of Medicine* 2020; 383 (1): 4-6.
4. Huenchuan S (2020). El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19 (LC/MEX/TS.2020/9), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020, página 13. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45493/1/S2000301_es.pdf [Consultado el 3 de noviembre de 2020].
5. Naciones Unidas (2011), "Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto Humanos, 4 de julio, 2010, página 14. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/143/64/PDF/G1114364.pdf> [Consultado el 3 de noviembre de 2020].
6. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Artículo 6, inciso 2°. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf [Consultado el 03 de noviembre de 2020].

Correspondencia a:
Kurt Scheel S.
Facultad Derecho, Universidad Diego Portales.
Av. República 105, Santiago, Chile
Kurt.scheel.s@gmail.com.