



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Oliveira, Ana Sarah Vilela de; Machado, Juliana Campos; Dadalto, Luciana
Cuidados paliativos e autonomia de idosos expostos à covid-19
Revista Bioética, vol. 28, núm. 4, 2020, Octubre-Diciembre, pp. 595-603
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284422>

Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570653003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ACTUALIZACIÓN

Cuidados paliativos y la autonomía de las personas mayores expuestas a la covid-19

Ana Sarah Vilela de Oliveira¹, Juliana Campos Machado², Luciana Dadalto³

1. Universidade Federal de Lavras, Lavras/MG, Brasil. 2. Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte/MG, Brasil. 3. Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Resumen

Este artículo busca contextualizar el escenario de la pandemia de la covid-19 respecto a las personas mayores, teniendo en vista la imposición de criterios de edad en protocolos para determinar la asignación de recursos escasos, lo que pone de manifiesto un tipo de discriminación hacia las personas mayores que desprecia su biografía y valores. El objetivo es defender la autonomía en la vejez, así como resaltar la necesidad de acceso a los cuidados paliativos, independientemente de si hay recursos o no. Para ello se adoptó como método la investigación bibliográfica y legal-dogmática, con un enfoque cualitativo. Se concluye que, en un escenario en que el interés colectivo debe ser preponderante, los cuidados paliativos son cruciales para respetar la autonomía y la dignidad de las personas mayores, y garantizarles mejores experiencias al final de la vida.

Palabras clave: Personas mayores. Cuidados paliativos. Bioética. Autonomía personal.

Resumo

Cuidados paliativos e autonomia de idosos expostos à covid-19

Este artigo visa contextualizar o cenário da pandemia da covid-19 em relação aos idosos, tendo em vista a imposição de critérios etários em protocolos para alocação de recursos escassos, evidenciando um tipo de discriminação à pessoa idosa que desconsidera sua biografia e valores. Objetivou-se defender a autonomia na velhice, bem como ressaltar a necessidade de acesso aos cuidados paliativos, independentemente de haver ou não recursos. Para tanto, adotou-se como método a investigação bibliográfica e jurídico-dogmática, com enfoque qualitativo. Conclui-se que em cenário em que o interesse coletivo deve preponderar, os cuidados paliativos são cruciais para respeitar a autonomia e a dignidade do idoso, garantindo melhores experiências no fim de vida.

Palavras-chave: Idoso. Cuidados paliativos. Bioética. Autonomia pessoal.

Abstract

Palliative care and autonomy of older adults exposed to Covid-19

This article aims to contextualize the Covid-19 pandemic regarding older adults in view of age-related criteria to allocate scarce healthcare resources imposed in some prevention protocols, evidencing discrimination against elderly people for disregarding their biography and values. The goal of this study is to defend autonomy in old age and highlight the need for access to palliative care, regardless of whether resources are available. To this end, it conducts a bibliographic and legal-dogmatic investigation with a qualitative approach. The research concludes that in a situation where collective interest should prevail, palliative care is crucial to respect the autonomy and dignity of the aged, granting them a better experience at the end of life.

Keywords: Aged. Palliative care. Bioethics. Personal autonomy.

El primer caso de covid-19, enfermedad provocada por el Sars-CoV-2, se registró en Wuhan, provincia de Hubei, China, y pronto la enfermedad se propagó por todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó la situación como una pandemia el 11 de marzo del 2020¹. La velocidad de propagación del virus, la dificultad de contenerlo y las graves manifestaciones clínicas fueron sorprendentes, dado que se conocen otros seis coronavirus humanos, que representan la segunda causa más importante de resfriado común en el mundo y que, en las últimas décadas, rara vez han causado enfermedades más graves¹.

Al igual que otros coronavirus, el Sars-CoV-2 causa enfermedad respiratoria potencialmente grave en algunos individuos². Dada su alta capacidad de transmisión y la falta de vacunas y medicamentos específicos, las iniciativas gubernamentales se han basado en prácticas de prevención, como el distanciamiento social, el uso de mascarillas y las medidas de higiene (lavarse bien las manos, evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca hasta haberse lavado bien las manos, entre otras). Por lo tanto, corresponde tanto al Estado como a la población actuar de modo integral para atenuar el contagio, mientras no se desarrollen medidas más eficaces, como las vacunas.

Ante este escenario, los equipos de salud y los órganos gubernamentales se encuentran en la difícil posición de enfrentarse al virus contando con pocas evidencias científicas. Lo que ya se sabe es que el Sars-CoV-2 causa infecciones respiratorias e intestinales que pueden provocar complicaciones como el síndrome respiratorio agudo severo, daño cardíaco e infección secundaria³. Todas estas complicaciones dan lugar a altas tasas de hospitalización, con el potencial de saturar y colapsar los sistemas de salud.

El grupo de mayor riesgo está formado por personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas⁴, porque el sistema inmunológico deficiente de dicha población aumenta la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas². En este contexto, las personas mayores se vuelven doblemente vulnerables, porque las alteraciones del organismo que reducen la capacidad del sistema inmunológico, naturales al proceso de envejecimiento, se suman a la gravedad de los síntomas de la covid-19 y debilitan aún más su fisiología.

Sin embargo, la escasez de recursos producida por la extraordinaria demanda de atención, insumos, tecnologías y recursos humanos ha desafiado a las instituciones, que se han visto obligadas a elegir la forma de distribuir los riesgos y beneficios entre los pacientes. Ocasionalmente se ha adoptado el criterio de la edad, como en el caso del Colegio Italiano

de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva (Siaarti)⁴ y de la Asociación de Medicina Intensiva de Brasil (Amib)⁵, que revisó su primera recomendación tras un cuidadoso análisis, considerando discriminatoria la forma en que se estaba usando este criterio⁶. Así, en algunos países, entre ellos Italia⁷, la población de edad avanzada viene sufriendo una discriminación por edad cuando se le relega la atención, en un tipo de segregación social que no tiene en cuenta la historia del sujeto y el respeto a su dignidad.

Es importante entender la vejez como un proceso natural e inevitable, lo que, en el caso brasileño, es esencial para hacer efectivas las directrices tanto de la Constitución Federal de 1988⁸ como el Estatuto del Anciano⁹. Sin embargo, para que esto ocurra, el entorno debe ser propicio para un envejecimiento saludable y debidamente guiado por el respeto a la vida y a los valores de las personas mayores, asegurándoles el ejercicio de la autonomía para que sus experiencias al final de la vida sean las mejores posibles.

Ante las incertidumbres que surgen en el escenario de la covid-19, es urgente evaluar las mejores conductas para respetar a la persona mayor, considerando los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. En este contexto, la OMS¹⁰ desempeña un papel crucial, porque, además de haber definido ya el concepto de cuidados paliativos –que se abordará en el curso del estudio–, la entidad elaboró el manual *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*¹¹.

Este libro forma parte de una serie de publicaciones de la OMS sobre asistencia paliativa y busca orientar su integración para aliviar los síntomas en los sistemas de salud. Aunque no son la respuesta a la escasez de recursos, estos cuidados están de acuerdo con los preceptos bioéticos y son esenciales en el escenario actual. Cuando la tecnología médica ya no es capaz de asegurar la prolongación de la vida por sí sola, la asistencia paliativa puede aliviar el sufrimiento y cuidar al paciente en las dimensiones física, psicológica, social, moral y espiritual.

La decisión de Sofía en tiempos de la covid-19

Según Leitão Júnior y Mousinho¹², la expresión “la decisión de Sofía” (*Sophie's choice*) viene de la película americana homónima estrenada en 1982, basada en la novela de William Styron. El drama cuenta la historia de Sofía, una mujer polaca, hija de un padre antisemita, prisionera en Auschwitz

durante la Segunda Guerra Mundial acusada de contrabando. La decisión a que se refiere el título tiene como escenario el campo de concentración, donde la protagonista se ve forzada a decidir cuál de sus hijos debe salvar de la ejecución, de lo contrario ambos morirán. Por lo tanto, esta expresión se refiere a la toma de decisiones en condiciones de enorme presión y sacrificio, y puede traducirse en la esfera jurídica y bioética como “decisiones difíciles” o, en la práctica, como “decisiones trágicas”¹².

El callejón sin salida que se pretende discutir aquí es el de la decisión de quién recibirá los escasos recursos. Por ejemplo, en una situación hipotética en la que hay dos pacientes con covid-19 –un anciano de 80 años que respetó el período de cuarentena y un joven de 25 años que no lo respetó– y solo una cama en la unidad de cuidados intensivos (UCI), ¿quién debería recibir el recurso¹³? Pensando racionalmente, la respuesta es casi instintiva: el que tiene más probabilidades de vivir. Sin embargo, la cuestión es compleja y ya se ha enfrentado en la práctica en varios lugares del mundo.

Es un hecho que en situaciones catastróficas algunos pacientes pueden no tener todas sus necesidades satisfechas, pero nunca pueden quedar sin cuidados –incluso si la asistencia es solo paliativa, con el objetivo de aliviar su dolor–. Por otro lado, es inherente a la situación de la pandemia considerar la gravedad del cuadro clínico y la posibilidad de supervivencia como criterios para la asignación de recursos. Por lo tanto, es fundamental elaborar protocolos con puntajes claros y objetivos que justifiquen la no atención a la necesidad constatada y demandada por el paciente.

En este sentido, la Sociedad Brasileña de Bioética (SBB) publicó la Recomendación 1/2020¹⁴, que aborda los fundamentos y los aspectos éticos para hacer frente a la pandemia de la covid-19 en Brasil, y que trata de la asignación de recursos y del uso igualitario de las tecnologías de la salud. El documento defiende la protección de los más vulnerables y destaca el papel esencial del Sistema Único de Salud (SUS). Defiende también el derecho de todos a recibir el mejor tratamiento y el acceso igualitario a las camas de la UCI, ya sean públicas o privadas, e incluso recomienda aplicar los principios de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH)¹⁵ para definir los parámetros en caso de que las camas sean insuficientes.

La recomendación de la SBB¹⁴ se basa en el artículo 5.º de la Constitución brasileña⁸ y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por las Naciones Unidas en 1966, que establece en el párrafo 1.º de

su artículo 12 el respeto al *derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental*¹⁶. También se consideran los derechos recomendados en el artículo 6.º de la Constitución y las disposiciones del artículo 25 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad*¹⁷.

En Italia, el Siaarti declaró que, si no se adoptaba el criterio de la edad, la asignación de recursos seguiría el proceso más comúnmente empleado en la atención de las UCI en todo el mundo: admitir a quien llega primero, y no tratar a los pacientes que llegan cuando ya no quedan camas⁴. Además, los especialistas del referido órgano destacaron que, cuando hay un gran flujo de pacientes y una persona hospitalizada no responde al tratamiento, la decisión de ponerla bajo cuidados paliativos no deberá posponerse⁴.

El grupo de trabajo de bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), con el aval de la Sociedad Española de Medicina Interna, publicó recomendaciones éticas para tomar decisiones en las UCI en medio de la situación excepcional de la pandemia¹⁸. Las directrices dan prioridad a los que más se beneficiarán del cuidado, estableciendo puntajes específicos de prioridad (que van del 1 al 4). La institución sostiene que este tipo de planificación es esencial para garantizar la aplicación adecuada de los recursos y el respeto a la vida, con la salvedad de que los criterios de triaje solo se justifican una vez agotados todos los esfuerzos por aumentar la disponibilidad de los recursos. La Semicyuc destaca la justicia, el deber de cuidar y de administrar los recursos, la transparencia, la consistencia, la proporcionalidad y la responsabilidad como principios clave en la gestión de la crisis.

En Brasil, la Amib, junto con la Asociación Brasileña de Medicina de Emergencia, publicó recomendaciones sobre la asignación de recursos escasos durante la pandemia⁵. El documento se basa en un protocolo de triaje propuesto por Biddison y colaboradores¹⁹ y es similar al modelo de White y colaboradores^{20,21}, presenta tres objetivos: salvar el mayor número de personas; salvar el mayor número de años de vida; e igualar la oportunidad de diferentes individuos de atravesar los ciclos de vida. En

los modelos Biddison y colaboradores¹⁹ y White y colaboradores^{20,21}, este último objetivo se defiende asignando más puntos (cuanto mayor sea el puntaje, menores serán las probabilidades de supervivencia) con el aumento de la franja etaria del paciente. Este criterio se usa como parte del modelo principal en White y colaboradores en la versión del 2009²⁰ y como criterio de desempate en la Biddison y colaboradores¹⁹ y White y colaboradores en la versión del 2020²¹.

Sin embargo, tras consultar a expertos en bioética, profesionales de la salud y abogados, se publicó una nueva recomendación para asignar los escasos recursos⁶, considerando que el criterio de edad de la primera versión del documento violaba el ordenamiento jurídico brasileño y la dignidad del paciente. En el protocolo más reciente, las entidades, reforzadas por la Sociedad Brasileña de Geriátrica y Gerontología y por la Academia Nacional de Cuidados Paliativos, sugieren dos puntajes de desempate, en este orden: 1) puntaje total del *sequential organ failure assessment* (y no el puntaje asociado al cuartil usado en la puntaje total, observando todos los criterios establecidos en el protocolo final); y 2) juicio clínico por parte del equipo de triaje⁶. Así, el modelo de triaje propuesto por la Amib pasó a emplear criterios alternativos a la edad, que, sin imponer sesgos discriminatorios, reconoce que la gravedad de las disfunciones orgánicas, la presencia de comorbilidades y la reducción de la reserva fisiológica del paciente están asociadas a peores desenlaces, como la mortalidad hospitalaria y la mortalidad a largo plazo⁶.

Se percibe que la edad es un criterio generalizado en los modelos de asignación de recursos. En Brasil, la preocupación con tal criterio se amplía debido a la diversidad de protocolos, ya que no se estableció ningún estándar, y las instituciones han hecho sus elecciones individualmente. En vista de ello, se entiende que el principal desafío del Estado, dada la dicotomía entre los derechos individuales y colectivos, es mejorar los sistemas de salud y de justicia. Así pues, es necesario planificar estrategias que respeten la dignidad de cada individuo y promuevan parámetros justos y éticos.

El derecho al ejercicio de la autonomía de la persona mayor

Al instituir la dignidad de la persona humana como guía de todo el ordenamiento jurídico, la Constitución Federal de 1988⁸ reconoció la pluralidad y, con ello, pasó a proteger la personalidad y

la libertad para su desarrollo²². Sin embargo, como enseña Teixeira, es imposible construir un *concepto apriorístico y universal de la dignidad, porque, en un mundo plural, todos tienen derecho a construir su propia idea de la dignidad y a vivir de acuerdo con ella*²³. Así, cada persona construye sus valores ideales a partir de su concepción de vida e historia, y no se puede definir ningún concepto que abarque toda esta complejidad.

En este contexto, el respeto a la autonomía es la base de la dignidad, que garantiza la igualdad de libertad para que los individuos se proyecten en la sociedad. Sin embargo, el término “autonomía” tampoco tiene una definición unívoca, lo que exige estudios exhaustivos y suscita diversos debates. Pero se puede afirmar que las teorías más influyentes se basan en dos importantes sustratos: la libertad y la calidad del agente²⁴.

Beauchamp y Childress²⁴ emplean ese término para examinar la toma de decisiones en el cuidado de la salud, proponiendo que la autonomía presupone el autogobierno. Sin embargo, es necesario evaluar no la capacidad de la persona para ser autónoma, sino si un determinado acto fue autónomo. Esto significa que el agente debe proceder de manera intencional, independiente y con consciencia, lo que presupone actuar racionalmente. Estos criterios, sin embargo, no son absolutos, ya que todo ciudadano puede sufrir influencias externas, ya sea por razones afectivas o morales. Además, la capacidad de tomar decisiones solo suele ponerse en tela de juicio cuando la acción se opone a los valores dominantes. Por lo tanto, dada la complejidad de la cuestión, se defiende que es necesario garantizar un grado considerable de comprensión y libertad, teniendo en cuenta la autonomía en casos concretos²⁴.

Desde esta perspectiva, Teixeira²² entiende que la autonomía manifiesta la subjetividad y permite al individuo elaborar las leyes que guiarán su propia vida, siempre y cuando no se contradigan las normas externas dictadas por el Estado. Por lo tanto, el concepto se refiere al *reconocimiento de la libre decisión individual, racional y no coercitiva, sobre sus propios intereses siempre que no afecte a terceros*²⁵, una vez que la multiplicidad de valores de una determinada sociedad responsabiliza a los sujetos de las decisiones que toman. En consonancia con esto, el artículo 5.º de la DUBDH¹⁵ afirma que la autonomía personal sobre las decisiones debe respetarse siempre que se asuma la respectiva responsabilidad y se respete la autonomía de los demás.

El filósofo y jurista Ronald Dworkin²⁶ hace hincapié en que todas las personas tienen derecho a

tomar decisiones importantes para definir sus vidas por sí mismas. Al reflexionar sobre este tema, el autor relata algo obvio pero que a menudo no se tiene en cuenta: no todos los individuos son competentes para ejercer las mismas actividades, pero todos pueden cambiar de opinión, ya sea por una nueva preferencia o para corregir un error. Esto es autonomía: el derecho a decidir, aprender y a responsabilizarse de las propias acciones. En palabras de Dworkin, *la autonomía exige que permitamos que una persona tome el control de su propia vida, incluso cuando se comporta de una manera que no estaría en absoluto de acuerdo con sus intereses. El valor de la autonomía deriva de la capacidad que protege: la capacidad de expresar su carácter –valores, compromisos, convicciones e intereses críticos y experienciales– en la vida que lleva*²⁷.

Sin embargo, los avances de la ciencia y de la biotecnología han proporcionado a los humanos formas de enfrentar e incluso sortear las debilidades del cuerpo. En una sociedad medicada, la prolongación de la vida se considera un objetivo perpetuo, aunque en un escenario de pandemia tal visión sea impugnada por el establecimiento de un límite a la vida basado en la edad.

El hecho es que no se tiene en cuenta la individualidad de las personas mayores y no se respeta su autonomía. La falta de una concepción de muerte digna presupone la jerarquización de las vidas: cuanto mayor es la persona, más prescindible se considera. Este prejuicio y discriminación contra las personas mayores se define como “etarismo”, y puede entenderse desde la propia estructura de la sociedad brasileña²⁸. Así, la división de la vida en etapas cronológicas –niñez, adolescencia, adultez y vejez– establece estereotipos justificados desde el punto de vista económico, cultural y social.

El individuo es visto por su utilidad y supuesta contribución a la sociedad. Esta perspectiva, al clasificar a la persona como “productiva” o “no productiva”, termina por negar su dignidad e impedir el pleno ejercicio de la autonomía²⁸. Debe entenderse que la vulnerabilidad es natural al envejecimiento, pero no la discapacidad²⁸, y que el avance de la edad se siente de diferentes maneras, por lo que deben establecerse medios para desarrollar habilidades que hagan a las personas mayores activamente sanas. Además, es incoherente beneficiar a los jóvenes en detrimento de los mayores para garantizar a los primeros el derecho a envejecer.

El artículo 3.º del Estatuto del Anciano⁹ obliga a la familia, comunidad, sociedad y autoridades públicas a proteger íntegramente a la persona mayor. Por lo tanto, como determina el artículo 8.º

del mismo estatuto, el envejecimiento es un derecho personalísimo y debe protegerse estableciendo prioridades en el cuidado. En vista de ello, aunque muchas habilidades motrices disminuyen con la edad, lo que dificulta el ejercicio de ciertas acciones de la vida diaria, es necesario vislumbrar un envejecimiento digno e invertir en él, valorando los ideales y la historia de vida de los individuos. Por lo tanto, se deben cumplir las disposiciones del artículo 10 del Estatuto, que obliga al Estado y a la sociedad a *garantizar a la persona mayor la libertad, el respeto y la dignidad*⁹.

Estas orientaciones se basan en el artículo 3.º de la Constitución, que estipula como objetivos fundamentales de la República *construir una sociedad libre, justa y solidaria; (...) garantizar el desarrollo nacional; (...) erradicar la pobreza y la marginación y reducir las desigualdades sociales y regionales; (...) promover el bien de todos, sin perjuicio de origen, raza, sexo, color, edad y cualesquiera otras formas de discriminación*⁸. Como el Estatuto del Anciano⁹, el artículo 230 de la Constitución impone aun a la familia, sociedad y Estado *el deber de amparar a las personas mayores, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizándoles el derecho a la vida*⁸.

Es con base en los derechos y principios que rigen el ordenamiento brasileño que se establece el deber de cuidar a las personas mayores y asegurar su autonomía. Por lo tanto, en tiempos de escasez de recursos y falta de infraestructura, aunque sea desafiador proteger a la persona humana, en especial a los ancianos, es crucial promover una tutela efectiva. Además, se debe exigir a la sociedad y al Estado que miren con más humanidad y atención las vulnerabilidades que surgen en este contexto.

La bioética como garantía del respeto a la persona mayor

La bioética, o la ética aplicada a la vida, es una rama reciente, que surgió en los Estados Unidos en los años 1970²⁹. La palabra fue empleada por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter²⁹, quien, según Reich, la definió como *el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, mientras esta conducta se examina a la luz de los valores y principios morales*³⁰. El autor propuso un nuevo campo de conocimiento, que ayudara a las personas a pensar en las posibles implicaciones, positivas o negativas, de los avances de la ciencia sobre la vida humana o, de manera más amplia, sobre la vida de todos los

seres vivos. Sugirió vincular dos culturas, la científica y la humanística, guiándose por la idea de que no todo lo que es científicamente posible es también éticamente aceptable²⁹.

Potter concibió la bioética como interdisciplinaria cuando afirmó que *la ciencia es conocimiento, pero no es sabiduría. La sabiduría es el conocimiento de cómo usar la ciencia y cómo equilibrarla con otros conocimientos*³¹. La bioética, por lo tanto, es un estudio ejercido por profesionales de diferentes áreas, que, con base en sus puntos de vista y en metodologías, lenguajes e historias propias, debaten para llegar a consensos. La toma de decisiones en este ámbito tiene como objetivo solucionar los conflictos de valores en un mundo marcado por la intervención biomédica³².

El modelo de análisis más usado en la bioética latinoamericana es el "principalista", introducido por Beauchamp y Childress²⁴ en los años 1980 y consolidado sobre tres principios: beneficencia (no maleficencia), autonomía y justicia. Según Drummond, esta llamada *tríada bioética (...)* se basa en *el médico (por la beneficencia [y no maleficencia]), en el paciente (por la autonomía) y en la sociedad (por la justicia)*³³. En cuanto al tema que nos interesa, los referidos principios proporcionan a los profesionales de la salud una forma de dialogar con la persona mayor.

El principio de la beneficencia sitúa la promoción del bienestar de las personas mayores como un deber de los profesionales y familiares, contemplando no solo los aspectos biológicos, sino también los psíquicos y espirituales del paciente, con miras a mejorar su calidad de vida. A su vez, la no maleficencia establece que cualquier intervención profesional debe evitar o minimizar los riesgos y daños, lo que implica no hacer el mal en ningún caso. Aunque Beauchamp y Childress²⁴ lo entienden como un desdoblamiento de la beneficencia, la no maleficencia se considera comúnmente un principio bioético autónomo y un concepto fundamental de la tradición hipocrática, que propugna el hábito de ayudar a alguien o, al menos, de no causarle daño.

El principio de la justicia se refiere a la distribución coherente y adecuada de los deberes y beneficios sociales, haciendo hincapié en la equidad, según la cual las situaciones idénticas deben tratarse de igual manera, y las divergentes, de manera diferente³⁴. Por consiguiente, los profesionales de la salud deben reconocer las diferencias de cada paciente y adecuar los cuidados a sus necesidades, dando más atención a los que más la necesitan. Según Kottow, *todos los individuos están*

*igualmente expuestos y, por lo tanto, debe haber un acceso indiscriminado e igualitario a la protección que otorgue derechos fundamentales, por esta razón denominados universales*³⁵. De hecho, los derechos humanos buscan reducir los riesgos derivados de la vida en sociedad, basándose en la búsqueda de la justicia como un derecho moral y legal de todo ciudadano, así como en el ejercicio de la protección.

En ausencia de recursos, las decisiones excluyentes amenazan a los más vulnerables. Por lo tanto, no se puede considerar ética ninguna medida que se base en un carácter universal sin considerar la equidad. La protección debe inspirarse en la justicia, que es universal, pero que a la vez se aplica a las necesidades específicas de los vulnerables³⁶.

Como se ha visto, la autonomía se refiere a la libertad de acción. Las personas autónomas son capaces de deliberar y actuar de acuerdo con sus propios anhelos, siempre que ello no perjudique a los demás (lo que requiere madurez y consciencia a la hora de tomar decisiones)³⁷. El respeto a la autonomía en la vejez, constantemente discutido por la bioética, implica no solo las decisiones de cada paciente en cuanto a los cuidados, sino también la inevitable influencia de los familiares y factores sociales en los procesos terapéuticos. Respetar la autonomía de las personas mayores es una tarea compleja que requiere ajustar las expectativas, comprender la posición del paciente respecto a la enfermedad e identificar las limitaciones de la dolencia para adaptarse a ellas.

Sin embargo, en una situación de emergencia y de extrema gravedad como la actual, respetar la autonomía puede crear dilemas entre el interés colectivo e individual. El Estado debe respetar el derecho a la salud y, a la vez, mantener un equilibrio entre la pretensión y la disponibilidad de recursos, bajo pena de privilegiar al individuo en detrimento de la colectividad. En este escenario de escasez de recursos, se verifica la necesidad de determinar acciones y servicios de salud que serán privilegiados, sin dejar de observar los principios constitucionales del mínimo existencial y de la reserva de lo posible.

No es razonable tomar los escasos recursos del Estado y dirigirlos a unos pocos individuos en detrimento de la colectividad, ya que la salud es un derecho constitucional de todo ciudadano, directamente vinculado a la dignidad humana y a los derechos sociales. Por otra parte, es sumamente relevante comprender cada caso concreto, teniendo en cuenta los valores y la biografía del sujeto, factores que pueden ayudar de manera directa en la difícil toma de decisiones del equipo de salud.

Cuidados paliativos en personas mayores expuestas a la covid-19

La OMS define los cuidados paliativos como *enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades terminales, previniendo y aliviando el sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y de otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales*³⁸. Este tipo de asistencia afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal, sin pretender posponerla ni precipitarla. Los aspectos psicológicos y espirituales se integran para permitir que el paciente viva lo más activamente posible hasta la muerte, así como ayudar a los familiares a enfrentarse a la enfermedad y al duelo. Los cuidados paliativos pueden aplicarse durante todo el curso de la enfermedad, en conjunto con otras terapias que buscan prolongar la vida. Así, la práctica se vale de un enfoque interdisciplinario¹⁰.

En consonancia con la OMS¹⁰, la Academia Nacional de Cuidados Paliativos define que este es *un enfoque dirigido al control de los síntomas, al confort y a la calidad de vida. [El cuidado paliativo] Debe ofrecerse en conjunto con el tratamiento estándar de cualquier enfermedad que amenace la continuidad de la vida y nunca debe estar asociados con la omisión o la exclusión (abandono terapéutico), incluso durante una pandemia*³⁹. Por lo tanto, este tipo de atención debe estar presente siempre que la situación sea grave, y no solo cuando ya no sea posible aplicar cuidados curativos, ya que la atención se hace más eficaz cuando se emplean ambos enfoques simultáneamente, independientemente de la edad del paciente⁴⁰.

La actual pandemia compromete la continuidad de la vida y causa sufrimiento físico, emocional, espiritual, social y psicológico no solo en el individuo infectado por el virus y en sus familiares, sino también en los equipos de salud, que deben tomar decisiones urgentes sin suficientes evidencias científicas. Todo ello corrobora la necesidad de instituir cuidados paliativos, ya que este enfoque, de baja tecnología pero basado en el afecto⁴¹, puede mejorar la calidad de la asistencia, reducir los costos y promover tratamientos más humanizados y éticos⁴⁰. Lo importante es que tales cuidados se apliquen de manera adecuada, y no simplemente para eximirse de responsabilidades.

Asegurar el confort del paciente es una de las principales finalidades de los cuidados paliativos. Integrar aspectos físicos, psicológicos y espirituales contribuye a este objetivo al permitir que el enfermo

trabaje también la aceptación de la muerte⁴¹. El dolor es una compleja y dinámica interacción de sensaciones, cogniciones, conductas y emociones, y es necesario comprender y tratar otros síntomas además de los físicos, que contribuyen para agravar el sufrimiento⁴². Comprender la finitud como una etapa natural e inevitable es crucial para mejorar la experiencia al final de la vida, y esta necesidad se muestra intensa en el caso de las personas mayores que se enfrentan a la covid-19.

Por lo tanto, la propuesta de restringir el acceso a la salud de las personas mayores, además de ser discriminatoria, puede considerarse una sentencia de muerte, ya que niega los cuidados esenciales a estos individuos²⁸. En este escenario, la propuesta de integrar los cuidados paliativos no debe considerarse como una respuesta a la escasez de recursos o como una mera alternativa a la innegable discriminación. La defensa de este enfoque tiene como objetivo asegurar a los individuos expuestos al virus —y sobre todo a los más vulnerables— el acceso a un tratamiento adecuado, capaz de proporcionar una mejor calidad de vida, ya que, como se ha visto, el dolor no es solo el resultado de factores físicos⁴².

Prata⁴¹ enseña que la calidad de vida es una noción subjetiva que influye en la elección terapéutica, porque, aunque existen protocolos, no hay un tratamiento único que sea adecuado para todos los casos. Así, los cuidados paliativos exigen una asistencia personalizada, que respete la vida, los valores y la personalidad de cada individuo⁴¹. El respeto a la autonomía es la clave principal, e incluso en momentos críticos como el de la pandemia, en que el interés social debe prevalecer, el equipo debe guiarse por una comunicación realmente adaptada y dinámica, dando al paciente seguridad sobre la conducta que se debe seguir. El enfoque humanista comprende que es el propio sujeto la razón de todos los esfuerzos y cuidados, tratando *al paciente como persona, dentro de su sistema de valores*⁴³, asegurándole el confort y el tratamiento de los síntomas.

Consideraciones finales

Dado que no existen precedentes históricos recientes de la dinámica de la atención en una pandemia, los profesionales que se ocupan de la situación específica se ven obligados a elegir quién debe ser atendido. En este escenario, la bioética desempeña un papel importante, ya que puede establecer prácticas y protocolos para la toma de decisiones mediante los principios de beneficencia, de la no maleficencia, de la autonomía y de la justicia. Según

estos principios, incluso en un escenario de escasez de recursos sanitarios, determinar un límite de vida basado en la edad es un acto discriminatorio.

Reinterpretar la posición de la persona mayor en la pandemia no es fácil, ya que el sentido común lo ve como un individuo inválido, cercano a la muerte. Sin embargo, es crucial comprenderlo como un sujeto de valores, que tiene sus derechos respaldados por el ordenamiento jurídico. En este contexto, los cuidados paliativos deben ofrecerse,

no como una solución a la escasez de recursos, sino como una necesidad, ya que este tipo de asistencia tiene como objetivo garantizar la dignidad, la autonomía y el respeto a los valores individuales. Cuando las tecnologías médicas no son suficientes para asegurar la curación, es esencial ocuparse de la muerte. Por lo tanto, garantizar mejores experiencias en este momento, en consonancia con lo que el paciente considera “calidad de vida”, es esencial para respetar la autonomía en situaciones en las que el interés social es preponderante.

Referencias

1. Folha informativa covid-19: escritório da Opas e da OMS no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3lvKEBI>
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Novo coronavírus (covid-19) [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3ljvLSO>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2GxfWJA>
4. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraletti G, Petrini F. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione: in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili [Internet]. Roma: Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva; 2020 [acesso 18 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2IbU8DJ>
5. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. Protocolo Amib de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19 [Internet]. São Paulo: Amib; 2020 [acesso 1º maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/34AnbII>
6. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. Recomendações da Amib (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), Abramede (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19 [Internet]. São Paulo: Amib; 2020 [acesso 1º maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2SAwEtO>
7. Ognibene F. Coronavirus: ricoveri in terapia intensiva secondo speranza di vita e limiti di età. *Avvenire* [Internet]. 7 mar 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3ijCqUH>
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2YjZyTO>
9. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 3 out 2003 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3lucBKa>
10. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3iDOqa1>
11. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso 25 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/30LHdPc>
12. Leitão J Jr, Mousinho PRC. O coronavírus, o direito penal e a “escolha de Sofia”: medicina de catástrofe. *Jusbrasil* [Internet]. 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3lqiveZ>
13. Escolhas de Sofia [podcast]. *Finitude* [Internet]. 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3nvcGie>
14. Sociedade Brasileira de Bioética. Recomendação SBB nº 1/2020: aspectos éticos no enfrentamento da covid-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI [Internet]. Brasília: SBB; 2020 [acesso 18 maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3lw3AQJ>
15. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Lisboa: Unesco; 2006 [acesso 15 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2ONefYM>
16. Organização das Nações Unidas. Pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais [Internet]. Washington: Organization of American States; 2010 [acesso 18 maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2SEDGOI>
17. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. Brasília: Unesco; 1998 [acesso 18 maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2GDR1E3>
18. Rodríguez Yago MA. Comunicado del Plan Nacional de RCP en relación a la situación derivada por la epidemia covid-19 [Internet]. Madrid: Semicyuc; 2020 [acesso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2GOljPz>

19. Biddison ELD, Faden R, Gwon HS, Mareiniss DP, Regenberg AC, Schoch-Spana M et al. Too many patients... A framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disasters. *Chest* [Internet]. 2019 [acceso 1º maio 2020];155(4):848-54. DOI: 10.1016/j.chest.2018.09.025
20. White DB, Katz MH, Luce JM. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 [acceso 1º maio 2020];150(2):132-8. Disponível: <https://bit.ly/36LcOEy>
21. White DB, Katz M, Luce J, Lo B, Biddison LD, Toner E, Halpern S. Allocation of scarce critical care resources during a public health emergency [Internet]. Pittsburgh: University of Pittsburgh; 15 abr 2020 [acceso 1º maio 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2FiME0E>
22. Teixeira ACB. Autonomia existencial. *Rev Bras Direito Civ* [Internet]. 2018 [acceso 1º maio 2020];16:75-104. Disponível: <https://bit.ly/3jlqKmv>
23. Teixeira ACB. Op. cit. p. 78.
24. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
25. Teixeira ACB. Op. cit. p. 95.
26. Dworkin R. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
27. Dworkin R. Op. cit. p. 318-9.
28. Dadalto L, Mascarenas IL, Matos AKH. Salvem também os idosos: etarismo e a alocação de recursos na realidade brasileira de combate ao covid. *Civilística.com* [Internet]. 2020 [acceso 14 set 2020];9(2):1-19. Ahead of print. Disponível: <https://bit.ly/3nxL7ol>
29. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.
30. Reich WT. Encyclopedia of bioethics. New York: Free Press-Macmillan; 1978. p. 19. Tradução livre.
31. Potter VR. Op. cit. p. 49. Tradução livre.
32. Llano Escobar A. Funciones del bioeticista. *Selecc Bioét* [Internet]. 2002 [acceso 8 out 2020];2:21-8. Disponível: <https://bit.ly/3nvcTIF>
33. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Ciênc Cult* [Internet]. 2011 [acceso 26 out 2020];63(2):32-7. p. 32. DOI: 10.21800/S0009-67252011000200011
34. Clotet J. Bioética: uma aproximação. Porto Alegre: EdUPUCRS; 2003.
35. Kottow M. Ética de protección: una propuesta de protección bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007. p. 246. Tradução livre.
36. Schramm FR. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. p. 143-57.
37. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev. Bioética* [Internet]. 2008 [acceso 29 abr 2020];16(1):41-50. Disponível: <https://bit.ly/3ljRJoK>
38. World Health Organization. Op. cit. 2020. Tradução livre.
39. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Covid-19 [Internet]. 2020 [acceso 26 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3jJM7DU>
40. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Reconhecimento da medicina paliativa como especialidade médica [Internet]. 1º jun 2017 [acceso 29 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3di4Xzt>
41. Prata HM. Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal. Barueri: Manole; 2017.
42. Sapeta P. Dor total vs. sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. *Dor* [Internet]. 2007 [acceso 8 out 2020];15:16-21. Disponível: <https://bit.ly/3lrAWQx>
43. Prata HM. Op. cit. p. 207.

Participación de las autoras

Ana Sarah Vilela de Oliveira y Juliana Campos Machado contribuyeron igualmente para la elaboración del artículo. Luciana Dadalto orientó su diseño y ejecutó la revisión crítica.

Correspondencia

Ana Sarah Vilela de Oliveira – Rua Necésia Nunes dos Santos, 61, Pôr do Sol CEP 37220-000. Bom Sucesso/MG, Brasil.

Ana Sarah Vilela de Oliveira – Estudante de grado – ana.oliveira1@estudante.ufba.br

 0000-0003-2960-7060

Juliana Campos Machado – Estudante de grado – julianacm_23@yahoo.com.br

 0000-0002-9651-1651

Luciana Dadalto – Doctora – luciana@lucianadadalto.com.br

 0000-0001-5449-6855

