

Covid-19 y edadismo: evaluación ética de la distribución de los recursos sanitarios

Tássia Salgado Soares¹, Carla Corradi-Perini², Caroline Perez Lessa de Macedo¹, Uíara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro²

1. Irmandade Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba/PR, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

El “edadismo” se refiere al prejuicio y discriminación a las personas mayores, ya sea por estigmatización o prácticas discriminatorias por parte de la sociedad y sus instituciones. En el contexto actual de la pandemia de covid-19, se ha evidenciado fuertemente la postura edadista de la sociedad occidental y, en consecuencia, de los protocolos que involucran la distribución de los recursos en salud, trayendo consigo un daño importante a la atención en salud de esta población. Este ensayo teórico discute las manifestaciones y consecuencias del edadismo en el contexto de las políticas de distribución de recursos en salud en la pandemia, considerando las implicaciones éticas de esa discriminación respecto a los principios de justicia y dignidad humana.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus. Edadismo. Anciano. Bioética. Políticas públicas de salud.

Resumo

Covid-19 e ageísmo: avaliação ética da distribuição de recursos em saúde

“Ageísmo” é o preconceito ou discriminação contra a pessoa idosa, seja por meio da estigmatização ou de práticas discriminatórias da sociedade e de suas instituições. No atual contexto da pandemia de covid-19, a postura ageísta da sociedade ocidental e, conseqüentemente, dos protocolos para distribuição de recursos em saúde tem sido fortemente evidenciada, trazendo consigo prejuízo importante à assistência a essa população. Este ensaio teórico discute manifestações e conseqüências do ageísmo em políticas de distribuição de recursos na pandemia, pensando as implicações bioéticas desse tipo de discriminação no que se refere aos princípios da justiça e da dignidade humana.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus. Ageísmo. Idoso. Bioética. Políticas públicas de saúde.

Abstract

Covid-19 and ageism: ethical assessment of health resources distribution

Ageism is the prejudice or discrimination of older adults, whether through stigmatization or discriminatory practices by society and its institutions. The current covid-19 pandemic context has shown Western society's ageist stance and, consequently, of its protocols on the distribution of health resources, leading to severe negative repercussions to the care of this population. This theoretical essay discusses the manifestations and consequences of ageism in the context of health resource distribution policies during the pandemic, considering the bioethical implications involved in this type of discrimination when considering the principles of justice and human dignity.

Keywords: Coronavirus infections. Ageism. Aged. Bioethics. Public health policy.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

“Edadismo”, un término derivado del inglés *age* (edad) + *ism*, fue acuñado en 1969 por el psiquiatra y gerontólogo Robert Neil Butler¹. También conocido como “discriminación por edad” o “viejismo”, el término se refiere a los prejuicios y la discriminación hacia la persona en función de la edad, incluidas las actitudes perjudiciales contra las personas mayores y su proceso de envejecimiento, ya sea a través de la estigmatización y los estereotipos o las prácticas discriminatorias de la sociedad y sus instituciones^{2,3}.

En la sociedad occidental, que valora el vigor de la juventud, la apariencia y el materialismo, el edadismo encuentra terreno fértil para desarrollarse¹. Los valores culturales perpetúan los prejuicios contra los ancianos y la vejez, que a menudo es ridiculizada, devaluada y temida por los jóvenes⁴. Prevalece el estereotipo del anciano como persona frágil, dependiente e improductiva, lo que ignora la heterogeneidad del envejecimiento.

En la actual crisis de covid-19, hay un énfasis indebido en el concepto de edad cronológica, en detrimento de la noción de edad biológica, relacionada con la funcionalidad y el grado de conservación del individuo, sin relación directa con la edad en años⁵. Este énfasis generaliza la población geriátrica y culmina en la devaluación de la vida de los ancianos⁶⁻⁸. Así, la pandemia sacó a la luz el edadismo, que siempre ha estado presente en la realidad social, pero, como otras prácticas discriminatorias existentes, se manifestaba la mayor parte del tiempo de manera velada^{9,10}.

Por lo tanto, es importante discutir el concepto de edadismo y sus implicaciones bioéticas, identificar las actitudes edadistas —tanto individuales como en la sociedad— y sus consecuencias y combatir las políticas públicas discriminatorias, luchando por la solidaridad entre generaciones. En este artículo, el edadismo se discute específicamente en el contexto de la distribución de los recursos de salud. El objetivo es reflexionar sobre las implicaciones bioéticas de este tipo de discriminación con respecto a los principios de justicia y dignidad humana, considerando el escenario de salud global y la actual pandemia de covid-19. Para basar el debate, se llevó a cabo una investigación documental sobre los temas covid-19, edadismo y asignación de recursos en salud. El análisis crítico de la literatura encontrada, nacional e internacional, fundamentó este ensayo teórico.

Edadismo en la atención médica

Para evaluar el impacto del edadismo en el contexto de la pandemia de covid-19, es necesario comprender la historia de este tipo de discriminación en la atención médica. Entre los profesionales del campo, así como en otros sectores de la sociedad, las actitudes edadistas son frecuentes e impactan el cuidado de los ancianos⁴. Es común, por ejemplo, que las cirugías estén contraindicadas a los ancianos sin considerar las posibilidades reales de éxito del procedimiento¹¹. La edad cronológica también parece influir en las decisiones sobre el orden de la no reanimación cardiopulmonar¹².

El edadismo en la atención médica incluye aún menos provisión de diagnósticos y tratamientos, muchas veces motivada por la concepción de que las quejas de los ancianos provienen del proceso natural de la senescencia y no merecen ser investigadas^{9,11}. En la investigación, se observó que rara vez se incluye el grupo de edad de los adultos mayores en los ensayos clínicos, ya sea por falta de interés o por la heterogeneidad de esta población¹¹. Por lo tanto, el cuidado de los ancianos sufre una interferencia clara y dañina del edadismo.

Edadismo en la pandemia de covid-19

El brote inicial de Sars-CoV-2 ocurrió en China, donde se observó que el 20% de las muertes ocurrieron en personas mayores de 60 años y que la letalidad aumentó con la edad, alcanzando el 18% en personas mayores de 80 años^{13,14}. Por lo tanto, pareció evidente que la población geriátrica era un grupo de riesgo para la covid-19. Con la epidemia elevada al estatus de pandemia, las autoridades sanitarias mundiales y los gobiernos emitieron alertas a la población anciana sobre el aumento del riesgo de enfermedad grave y mortal asociada con el nuevo coronavirus, reforzando la necesidad de aislamiento social para este grupo, lo que en última instancia fomentó discursos y actitudes edadistas¹⁵.

El debate sobre el edadismo en el contexto de la covid-19 pasó a primer plano con el colapso del sistema de salud de Italia, el país con la población más envejecida de Europa¹⁶. Debido al escenario crítico, con altos niveles de infección y escasez de

recursos, fue necesario que los profesionales de salud priorizaran a algunos pacientes sobre otros¹⁷. El primer protocolo para la asignación de recursos escasos en la pandemia de covid-19 fue emitido por la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaarti). Una de las medidas propuestas para limitar el ingreso a cuidados intensivos fue la edad cronológica, junto con la presencia de comorbilidad y estado funcional, lo que provocó discusiones bioéticas sobre los parámetros de cribado para la asignación de recursos¹⁸.

Se representa equivocadamente a la población anciana como un grupo homogéneo y vulnerable de personas dependientes, frágiles e incapaces de contribuir a la sociedad. Esta visión, difundida por la prensa, las instituciones gubernamentales, los políticos y los medios sociales, ignora la heterogeneidad del envejecimiento, las contribuciones sociales de los ancianos y su valor como individuos^{6,7,9,19}. Por lo tanto, el edadismo crea una división entre los jóvenes y las personas mayores, haciendo hincapié (aún más en el caso de la covid) en la susceptibilidad de las personas mayores. Así, los jóvenes tienden a pensar que son inmunes al virus, lo que puede conducir a conductas de riesgo y tensiones intergeneracionales, como el discurso de odio dirigido a los ancianos^{6,10}.

Los medios de comunicación y las políticas y recomendaciones de salud enfocan el grupo de los ancianos como el más afectado por la pandemia, sin tener en cuenta comorbilidades como cardiopatías, asma, diabetes, tabaquismo y obesidad^{8,9,19}. La definición de grupos basada únicamente en la edad cronológica, subestimando otras diferencias internas, es un supuesto edadista, que fomenta los prejuicios, los estereotipos y la discriminación^{6,10}. Hay relatos de personas mayores de 100 años que se han recuperado de la covid-19, así como muertes por la enfermedad entre adultos jóvenes, lo que refuerza la insuficiencia de la edad cronológica como único criterio para establecer las prioridades de atención médica⁷.

Con la propagación del Sars-CoV-2 en todo el mundo, se crearon varios protocolos para la asignación de los escasos recursos de salud. El ya mencionado documento de Siaart utilizó el concepto de “años de vida salvados” y consideró los gastos empleados en personas previamente sanas para

justificar la discriminación por edad¹⁸. La edad cronológica siguió utilizándose como criterio en las políticas promulgadas en otros países europeos, como Suiza, y en los Estados Unidos, especialmente en los protocolos de priorización de recursos y cribado para cuidados intensivos, a menudo arbitrariamente, sin estandarización de los puntos de corte de edad^{10,20-22}.

En Brasil, la Asociación Brasileña de Medicina Intensiva (Amib) y la Asociación Brasileña de Medicina de Emergencia (Abramede) fueron las primeras en publicar un protocolo de asignación de recursos, enumerando la edad cronológica como uno de los tres principales criterios de selección²³. La propuesta iba en contra del artículo 9.º de la Resolución 2.156/2016 del Consejo Federal de Medicina (CFM), que establece los criterios de admisión y alta en la unidad de cuidados intensivos: *Las decisiones sobre el ingreso y el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI) deben tomarse explícitamente, sin discriminación por motivos de religión, etnia, sexo, nacionalidad, color, orientación sexual, edad, condición social, opinión política, discapacidad o cualquier otra forma de discriminación*²⁴.

Después de críticas, Amib y Abramede publicaron una segunda versión del protocolo, junto con la Sociedad Brasileña de Geriatria y Gerontología (SBGG) y la Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). En el nuevo documento, las entidades asumen que el criterio de edad podría ser discriminatorio e inconstitucional y sugieren incluir en el equipo de cribado, siempre que sea posible, un bioeticista y un representante de la comunidad²⁵.

La American Geriatrics Society (AGS), en su posición oficial sobre la asignación de recursos, mostró preocupación por las estrategias adoptadas en los estados americanos que consideraban la edad como un criterio de cribado. Para AGS, este criterio viola el principio bioético de justicia, ya que tiene sesgos implícitos y, por lo tanto, es discriminatorio. La institución recomienda que los puntos de corte por edad nunca sean utilizados como criterio categórico para la exclusión de intervenciones terapéuticas²⁶.

La pandemia de covid-19 expuso el edadismo latente en la sociedad, potenciando los discursos, actitudes y acciones discriminatorias en todos los niveles, desde la población en general hasta los

líderes e instituciones mundiales. El edadismo también se manifiesta en las políticas de distribución de recursos y atención de la salud en el contexto de la pandemia de covid-19 que establecen la edad cronológica como único criterio para determinar las vulnerabilidades, el pronóstico y las opciones de tratamiento. Esta perspectiva ignora la heterogeneidad de la población anciana, sus valores y preferencias. Por lo tanto, este artículo cuestiona la ética del criterio de edad y destaca la necesidad de optimizar recursos en el escenario crítico de la pandemia^{6,7,10,17,18}.

Aspecto antiético del edadismo en la asignación de recursos sanitarios

De acuerdo con la bioética principialista²⁷, utilizada como referencia en la construcción del Código de Ética Médica (CEM) brasileño²⁸, el principio de justicia propone que al individuo se le dé lo que se le debe (sus derechos, por lo tanto). En este sentido, la justicia distributiva busca la asignación justa y equitativa de los recursos, entre ellos la salud, de acuerdo con las normas que estructuran la dinámica del entorno social. Sin embargo, no existe un concepto único de justicia, capaz de abarcar todos los conflictos relacionados con la distribución de los recursos, lo que lleva a diferentes interpretaciones de cómo aplicar este principio^{27,29}.

Existen varias teorías que pretenden aplicar la justicia distributiva en salud. El liberalismo prioriza la libertad económica y social en la distribución de los recursos. Por otro lado, el igualitarismo defiende la igualdad de acceso a los bienes, de acuerdo con las necesidades del individuo. El utilitarismo, a su vez, propone reunir diversos criterios de justicia para optimizar la distribución²⁷. Cada una a su manera, tales teorías buscan definir el concepto de justicia considerando la finitud de los recursos de salud. Así, se crean choques sobre la proporcionalidad que incluyen no solo la cuestión de la prevención y promoción de la salud *versus* la atención de la salud, sino también la definición de qué grupos sociales deben o no beneficiarse de la asignación de recursos^{27,29}.

La discriminación por edad, o edadismo, no suele contemplarse en las teorías de la justicia distributiva. No obstante, dado el crecimiento exponencial de la población anciana en todo el mundo,

se ha acentuado la segregación de este grupo en el acceso a la atención. Esta segregación se basa en la idea preconcebida de que las personas mayores utilizan más recursos debido a las enfermedades, pero no contribuyen tanto al sistema de salud, desde un punto de vista socioeconómico, en comparación con las personas más jóvenes.

Desde el punto de vista de la teoría de la equidad, el derecho a la salud, con igualdad de acceso, debe minimizar la desventaja de la persona en relación con el azar natural o las circunstancias sociales, priorizando un mínimo a ofrecer y la equanimidad de las oportunidades^{27,29}. Sin embargo, algunos argumentos basados en esta teoría recurren a la “oportunidad equitativa” para justificar el criterio. Estos argumentos defienden una “duración de vida normal” (todo el mundo debería tener la misma oportunidad de pasar por diferentes fases), enfatizan el aumento del costo de prolongar la vida del anciano (en detrimento del joven, cuyo tratamiento sería menos costoso y tendría un mayor potencial en relación con el tiempo de vida) y apuntan al bajo éxito terapéutico de las medidas instituidas en este grupo de edad (en comparación con los individuos más jóvenes)^{27,30}.

La falta de ética de la discriminación relacionada con la edad cronológica todavía tiene un rostro institucional. En este caso, el edadismo se diluye en normas o procedimientos sociales³⁰. Esta institucionalización se revela cuando consideramos que los valores éticos de una sociedad actúan directamente como base para la formulación de políticas de salud y la distribución de recursos²⁹.

Incluso un organismo como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha perpetuado el edadismo en sus planes de acción, influyendo directamente en la investigación y las políticas sanitarias en todo el mundo. La OMS definió el concepto de “año de vida ajustado por discapacidad” en 1993 para estudiar el impacto de las enfermedades e informar la planificación de las políticas relacionadas con la salud. En su cálculo, el concepto incorporó la medida de “años de vida perdidos”, ajustada según una edad arbitraria de años máximos a vivir, algo entre 65 y 80 años. Así, la discapacidad se valoraba de manera desproporcionada entre jóvenes y ancianos, ya que estos últimos eran juzgados anteriormente por una mayor dependencia social supuestamente inherente al grupo de edad. La medida se detuvo solo en 2010³⁰.

En el período comprendido entre 2008 y 2013, la OMS trabajó con el concepto de “muerte prematura” en el plan mundial para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus). Arbitrariamente, el plan estableció la muerte prematura antes de los 70 años, justificando que valorar la asistencia a la población más joven en el futuro también beneficiaría a los ancianos³⁰.

Otro ejemplo de edadismo es la medida de los años de vida ajustados por calidad, utilizada en análisis de costo-utilidad por instituciones reguladoras de recursos de salud, como el National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice), en Inglaterra. El cálculo se basa en años de esperanza de vida asociados a un valor numérico arbitrario para la calidad de vida, clasificando como tratamientos de baja prioridad los que tienen menor impacto en la esperanza de vida³¹.

Estas políticas discriminan a la población anciana y descuidan una serie de desafíos: multimorbilidad, cuidados paliativos o incluso enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia humana. Indirectamente, se valora más la salud del individuo en un grupo de edad económicamente productivo y con una hipotética esperanza de vida más larga. Al determinar cuántos y cuáles son los “años válidos de vida” a ser extendidos, los argumentos limitan el valor de la vida a la producción de riqueza, etiquetando a los ancianos como “económicamente improductivos”. Sin embargo, es el propio edadismo el que en realidad contribuye al aislamiento de los ancianos del mercado laboral y de la convivencia social, profundizando sistemáticamente la “improductividad”. Así, incluso las teorías que consideran el concepto de equidad de oportunidad terminan corroborando las políticas edadistas en salud³².

El edadismo institucional presente en las políticas de salud también es preocupante si se considera que cerca de dos tercios de la población anciana del mundo se ubica en países subdesarrollados y en vías de desarrollo³⁰, donde los recursos financieros son generalmente escasos y, por lo tanto, requieren una lógica utilitaria de distribución. En Brasil, el derecho a la salud está garantizado por la Constitución Federal de 1988³³ y por la Ley 8.080/1990³⁴, conocida como Ley Orgánica de Salud, que regula el Sistema Único de Salud (SUS). La salud es considerada un derecho de todo

ciudadano brasileño, y el SUS tiene como principios la universalidad del acceso y la integralidad e igualdad de la atención, sin prejuicio de ningún tipo³⁴. Así, en nuestro país, el Estado incorpora el igualitarismo y asume la responsabilidad de promover el acceso a la salud y defender la dignidad humana, partiendo de la premisa de que la justicia distributiva debe garantizarse de acuerdo con las necesidades de cada individuo, con el fin de minimizar las desigualdades, ya sean biológicas o sociales²⁹.

La política de salud brasileña difiere de la que se practica en otros países, como Estados Unidos, donde el acceso a la salud no está dispuesto a ser igualitario y descuida segmentos de la población socioeconómicamente vulnerables bajo la justificación del liberalismo y las reglas del libre mercado²⁹. El Estado brasileño adopta la dignidad humana como uno de sus principios fundamentales, como se describe en el artículo 1.º de la Constitución de 1988, determinando también la defensa de la dignidad, el bienestar y el derecho a la vida de los ancianos en su artículo 230³³. Así, es explícita en la legislación la dirección a favor de la dignidad del anciano, incluyendo el acceso a la salud, que es, por lo tanto, un derecho establecido.

Aspecto antiético del edadismo en la pandemia de covid-19

En el contexto pandémico actual, protocolos de instituciones brasileñas como Amib, Abramede (en su primera versión) y Hospital Albert Einstein han propuesto la edad cronológica, ya sea de forma explícita o velada (como “años de vida a salvar”), como criterio aislado para la asignación de recursos escasos, especialmente en situaciones que involucran el acceso del paciente a la UCI y a medidas de soporte vital avanzado (SVA)^{35,36}. Esta postura no difiere de los protocolos propuestos en países desarrollados que sintieron fuertemente el impacto del conflicto entre la alta demanda y la escasez de recursos, como Italia¹⁷, España³⁷ y Suiza²². Sin embargo, proponer que el derecho de un joven a recibir ventilación mecánica prevalece debido a una posible mayor esperanza de vida es minimizar el derecho a la vida y a la dignidad humana del anciano, ignorando el beneficio de las medidas intervencionistas en ancianos con buena reserva funcional y, por lo tanto, buenas perspectivas de recuperación.

Los argumentos que utilizan como justificación la baja probabilidad de recuperación de los ancianos infectados por coronavirus no tienen en cuenta una de las principales características del envejecimiento: la heterogeneidad en términos de funcionalidad y estado de salud³⁸. Las personas mayores, incluso en el mismo grupo de edad, son distintas entre sí, y pueden tener o no condiciones que implican una mayor morbilidad y mortalidad por covid-19, como también ocurre, por ejemplo, en el síndrome de fragilidad^{17,38,39}. Es decir, es perfectamente posible que una persona mayor con buen estado funcional y buenas condiciones de salud se beneficie de las medidas de SVA; no hay relación directa con la edad cronológica.

Más allá del análisis biológico, Dias y Gonçalves⁴⁰ cuestionan hasta qué punto es correcto considerar el “tiempo de vida” bajo la lógica equitativa, ya que esto superpondría el derecho del joven al del anciano desde una métrica arbitraria, que ignora el contenido —es decir, la biografía— y el valor que la persona atribuye a su vida. En ese sentido, en mayo de 2020, la Sociedad Brasileña de Bioética (SBB) llamó la atención sobre los aspectos éticos del enfrentamiento de la pandemia en relación con la asignación de recursos y el uso equitativo de las tecnologías en salud. Ya en su inicio, la Resolución SBB 1/2020 considera que *el respeto a la dignidad humana debe ser la base principal para la toma de decisiones y la conducta en salud sin ninguna distinción que pueda implicar la devaluación y discriminación de personas, comunidades o grupos socialmente vulnerables*⁴¹.

Desde el punto de vista bioético, el edadismo que se manifiesta en el criterio de edad cronológica para la institución de SVA y el ingreso en UCI viola tanto el principio de dignidad humana como de beneficencia, ya que limita el acceso a medidas potencialmente beneficiosas para el anciano infectado por el coronavirus. Por este motivo, SBB muestra preocupación por los protocolos de acceso a la UCI que establecen el grupo de edad como criterio. En sentido contrario a esos protocolos, la institución refuerza el respeto de la dignidad humana, garantizada constitucionalmente, como guía para la toma de decisiones, para que no exista discriminación en la atención de la salud.

Sin embargo, persiste la necesidad, aún más crítica en contextos como el actual, de distribuir los recursos para beneficiar al mayor número

de personas. Pero ¿cómo hacerlo éticamente, sin excluir a la persona mayor? Esta tarea es imposible si el protocolo no contempla el principio de la dignidad humana. Reconocer al individuo como único, con valor esencial e intrínseco, un fin en sí mismo y no un medio, debe ser la directriz fundamental de cualquier recomendación⁴². Este reconocimiento implica afirmar el derecho a la salud del anciano, reconociendo sus valores, su biografía y su relevancia para la sociedad.

En general, los protocolos que adoptan algoritmos científicamente respaldados para detectar condiciones clínicas indicativas de peor pronóstico o menor beneficio en las medidas de SVA, independientemente del grupo de edad del paciente, permiten tomar decisiones más asertivas^{17,37,41,42}. Condiciones como la fragilidad, la multimorbilidad y el estado funcional deben ser rastreadas e incorporadas en la toma de decisiones, prevaleciendo sobre la edad cronológica aislada^{17,42}, ya que a través de ellas es posible identificar pacientes para los que el SVA no será beneficioso (e incluso puede ser perjudicial, dado el riesgo de distanasia). El cumplimiento de las directivas anticipadas de voluntad, si el paciente las ha registrado, también es fundamental en este proceso. De esta manera es posible asignar los escasos recursos de una manera más digna, justa y beneficiosa, respetando la autonomía del individuo.

Consideraciones finales

Hasta entonces presente de manera velada en el entorno social y en ciertas políticas de salud, el edadismo se ha revelado completamente en la pandemia de covid-19, ya sea en la postura discriminatoria de la sociedad al etiquetar a las personas mayores como grupo de riesgo, o en los protocolos para la asignación de recursos que utilizan la edad cronológica como medida arbitraria para la toma de decisiones. Sin embargo, ya sea en tiempos normales o pandémicos, no hay justificación para el edadismo. Además de ser moralmente defendible, el derecho a la salud y a la dignidad humana está garantizado constitucionalmente en Brasil, y desde el punto de vista bioético cualquier tipo de discriminación en la distribución de los recursos de salud es censurable.

Además de suprimir la oportunidad de que los ancianos se beneficien de las medidas terapéuticas

(incluido el SVA), las restricciones basadas únicamente en la edad cronológica refuerzan la discriminación contra este grupo y reducen la vida de un individuo a números arbitrarios, que ignoran valores y opciones. Por lo tanto, aunque ya existan varias recomendaciones éticas dirigidas a protocolos de asignación de recursos más equitativos,

todavía es esencial educar a los profesionales de la salud —no solo a los geriatras/gerontólogos— para que reconozcan el edadismo institucional. Ampliar y profundizar el debate y el conocimiento sobre las personas mayores y sus particularidades es esencial para combatir este tipo de discriminación.

Referencias

1. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* [Internet]. 1969 [acceso 27 ago 2020];9(4):243-6. DOI: 10.1093/geront/9.4_Part_1.243
2. Ayalon L, Tesch-Römer C. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer International Publishing; 2018.
3. Officer A, de la Fuente-Núñez V. A global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018 [acceso 27 ago 2020];96(4):295-6. DOI: 10.2471/BLT.17.202424
4. Nelson TD. Reducing ageism: which interventions work? *Am J Public Health* [Internet]. 2019 [acceso 27 ago 2020];109(8):1066-7. DOI: 10.2105/AJPH.2019.305195
5. Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatría e gerontología*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
6. Ayalon L, Chasteen A, Diehl M, Levy BR, Neupert SD, Rothermund K et al. Aging in times of the covid-19 pandemic: avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];20(20):1-4. DOI: 10.1093/geronb/gbaa051
7. Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the covid-19 outbreak. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];32(20):1221-4. DOI: 10.1017/S1041610220000575
8. Ehni HJ, Wahl HW. Six propositions against ageism in the covid-19 pandemic. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];32(4-5):515-25. DOI: 10.1080/08959420.2020.1770032
9. Reynolds L. The covid-19 pandemic exposes limited understanding of ageism. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];32(4-5):499-505. DOI: 10.1080/08959420.2020.1772003
10. Previtali F, Allen LD, Varlamova M. Not only virus spread: the diffusion of ageism during the outbreak of covid-19. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];32(4-5):506-14. DOI: 10.1080/08959420.2020.1772002
11. Holmes E, Crome P, Arora A. Patients' preferences and existential perspective: what to consider and how should patient's expectations be guided? *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2018 [acceso 27 ago 2020];30(3):271-5. DOI: 10.1007/s40520-017-0868-7
12. Cook I, Kirkup AL, Langham LJ, Malik MA, Marlow G, Sammy I. End of life care and do not resuscitate orders: how much does age influence decision making? A systematic review and meta-analysis. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2017 [acceso 27 ago 2020];3. DOI: 10.1177/2333721417713422
13. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak in China. *JAMA* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];323(13):1239-42. DOI: 10.1001/jama.2020.2648
14. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (covid-19): the epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];55(3). DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105924
15. Brooke J, Jackson D. Older people and covid-19: isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];29(13-14):2044-6. DOI: 10.1111/jocn.15274
16. Petretto DR, Pili R. Ageing and covid-19: what is the role for elderly people? *Geriatrics* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];5(2):25. DOI: 10.3390/geriatrics5020025

17. Cesari M, Proietti M. covid-19 in Italy: ageism and decision making in a pandemic. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];21(5):576-7. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.03.025
18. Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraletti G *et al.* Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. *Recenti Prog Med* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];111(4):207-11. DOI: 10.1701/3347.33183
19. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L *et al.* Ageism and covid-19: what does our society's response say about us? *Age Ageing* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];49(5):692-5. DOI: 10.1093/ageing/afaa097
20. Timothy WF, Ferrante LE, Brown T, Francis L, Widera E, Rhodes R *et al.* AGS position statement: resource allocation strategies and age-related considerations in the covid-19 era and beyond. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];68(6):1136-42. DOI: 10.1111/jgs.16537
21. Antommaria AHM, Gibb TS, McGuire AL, Wolpe RP, Wynia MK, Applewhite MK *et al.* Ventilator triage policies during the covid-19 pandemic at U.S. hospitals associated with members of the Association of Bioethics Program Directors. *Ann Intern Med* [Internet]. 2019 [acesso 27 ago 2020];173:188-94. DOI: 10.7326/M20-1738
22. Swiss Academy of Medical Sciences. covid-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];150. DOI: 10.4414/smw.2020.20229
23. 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: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2020 [acesso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3sJyxUv>
24. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3gAqh71>
25. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da AMIB, ABRAMEDE, SBGG e ANCP de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19 [Internet]. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2020 [acesso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3vgoDvu>
26. Farrell TW, Francis L, Brown T, Ferrante LE, Widera E, Rhodes R *et al.* Rationing limited healthcare resources in the covid-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];68(6):1143-9. DOI: 10.1111/jgs.16539
27. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2011.
28. Soares FJP, Shimizu HE, Garrafa V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 27 ago 2020];25(2):244-54. DOI: 10.1590/1983-80422017252184
29. Antonio P, Fortes DC. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2008 [acesso 27 ago 2020];16(1):25-39. Disponível: <https://bit.ly/3epHOXW>
30. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ* [Internet]. 2016 [acesso 27 ago 2020];354. DOI: 10.1136/bmj.i4514
31. Harris J, Regmi S. Ageism and equality: Great Britain [Internet]. London: Age UK; 2018 [acesso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3xmLSWk>
32. Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, Vidán MT, García-Navarro JA. covid-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 [acesso 27 ago 2020];55(4):191-2. Disponível: <https://bit.ly/3vjn5B>
33. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 5 out 1988 [acesso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2QScy0u>
34. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 19 set 1990 [acesso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3gAqgQk>

35. Costa A, Maria C, Costa A. Protocolos em tempos de pandemia por covid-19 com critérios para alocação de recursos escassos: podem considerá-los (in)justos? *Diversitates* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];12(2):131-62. Disponível: <https://bit.ly/2QP8LkA>
36. Satomi E, Souza PMR, Thomé BC, Reingenheim C, Werebe E, Troster EJ *et al.* Fair allocation of scarce medical resources during covid-19 pandemic: ethical considerations. *Einstein* (São Paulo) [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];18. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020ae5775
37. Herreros B, Gella P, Real de Asua D. Triage during the covid-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *J Med Ethics* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];46:455-8. DOI: 10.1136/medethics-2020-106352
38. Rosen T, Ferrante LE, Liu SW, Benton EA, Mulcare MR, Stern ME *et al.* Managing older adults with presumed covid-19 in the emergency department: a rational approach to rationing. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];68:1631-5. DOI: 10.1111/jgs.16651
39. Perez MP. Is frailty and not chronological age the essential prognostic element in older patients with covid-19? *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];14(2):77-8. DOI: 10.5327/Z2447-21232020v14n2EDT1
40. Dias MC, Gonçalves L. Escolha sobre quem deve viver: bioética e covid-19 no contexto brasileiro. *Brasil de Fato* [Internet]. Opinião; 28 abr 2020 [acceso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3aD4Qyu>
41. Sociedade Brasileira de Bioética. Recomendação SBB nº 01/2020. Define os aspectos éticos no enfrentamento da covid-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI [Internet]. Brasília: Sociedade Brasileira de Bioética; 2020 [acceso 27 ago 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3vipqvE>
42. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I *et al.* Guías éticas para la atención durante la pandemia covid-19: recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. *Medicina* (B Aires) [Internet]. 2020 [acceso 27 ago 2020];80:45-64. Disponível: <https://bit.ly/3dL6H6j>

Tássia Salgado Soares – Especialista – tassiasoares@hotmail.com

 0000-0001-8684-0913

Carla Corradi-Perini – Doctora – carla.corradi@pucpr.br

 0000-0002-9340-8704

Caroline Perez Lessa de Macedo – Especialista – carol_plessa@hotmail.com

 0000-0002-9511-7759

Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro – Magíster – uiaravargasribeiro@gmail.com

 0000-0002-1624-2245

Correspondencia

Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Escola de Medicina. Rua Imaculada Conceição, 1115 CEP 80215-901. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de las autoras

Tássia Salgado Soares y Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro realizaron la revisión bibliográfica, escribieron el artículo y, junto con Caroline Perez Lessa de Macedo, concibieron el estudio. Carla Corradi-Perini contribuyó con la revisión crítica de la versión final del artículo.

Recibido: 25.8.2020

Revisado: 4.2.2021

Aprobado: 10.2.2021