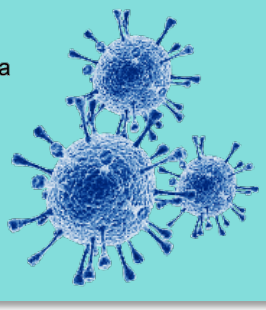
REFLEXIONES SOBRE LA CRISIS COVID-19

AGE
Asociación Española de Geografía



COVID19 Y LAS PERSONAS (MAYORES): EL DILEMA DE LA EDAD (III)

Vicente Rodríguez Rodríguez. Grupo de Investigación de Envejecimiento, CSIC. vicente.rodriguez@cchs.csic.es

En relación con el aumento del número de fallecidos por COVId-19 en varios países, en un reciente trabajo[1] se argumenta que influyen dos factores de carácter demográfico, la estructura de edades envejecida de las personas contagiadas, que no tiene porqué coincidir exactamente con la estructura real de la población general, y sus condiciones de comorbilidad y las medidas de detección de contagios. Los casos de Italia y España tendrían esta explicación, en buena medida.

¿Qué significa entonces el que se produzca esta mayor mortalidad de personas mayores en España, y en otros países?

En primer lugar, existe un consenso en que la estructura de edad envejecida en España es el resultado de un largo proceso de estabilidad demográfica, en buenas condiciones sanitarias y de buena salud general y de calidad de vida de la población, sostenidas por las mejoras de los servicios de salud y sociales en un estado del bienestar bastante acorde con la posición de España en el entorno internacional. Es sabido, entonces, que la esperanza de vida ha aumentado, especialmente entre mayores de 65 año[2], al igual que la esperanza de vida libre de discapacidad, con un contraste apreciable por género. A pesar de ello, la mortalidad total se concentra entre las personas mayores, con respecto al total de muertes, siendo las causas principales las enfermedades crónicas, en esencia, del aparato circulatorio, el cáncer, enfermedades del aparato respiratorio y mentales en general[2], y ello significa que muchas personas mayores transitan por su última etapa vital en situación de multimorbilidad, con patrones diferenciados por género.

Y en esta situación, aparece de forma súbita COVID-19. Una primera reflexión en este contexto extraordinario es que se está demostrando la conexión entre la estructura de edades, significativamente los mayores de 70 años, y la pandemia en cualquiera de sus dimensiones medibles (afectados, ingresados en hospital y en UCI y fallecidos). Y de este hecho se derivan otros dos. En primer lugar, las poblaciones envejecidas son una consecuencia del desarrollado de países, con estructuras sanitarias consolidadas, por lo que COVID-19 tiene unas repercusiones sanitarias, económicas, sociales, etc., muy determinadas. Es probable que la situación de los países europeos occidentales sea distinta a la (previsible) de los países africanos o latinoamericanos y que su incidencia tenga efectos negativos, políticos, económicos o sociales de mayor calado[3-5]. En segundo lugar, las edades más jóvenes, propias de países con menor desarrollo, pueden ofrecer una cierta protección a COVID-19[6], pero sus recursos sanitarios y sociales, menos extensos en su cobertura, les limitan el afrontamiento de la pandemia.

Otra reflexión va ligada al hecho cierto de que las proporciones de personas mayores, con distintos valores, afectadas, ingresadas en hospitales y fallecidas en muchos países del mundo son muy altas. Estas cifras son el reflejo de factores demográficos, de la propia enfermedad, de las condiciones sanitarias generales y locales, o de los entornos donde la población reside, pero también de las políticas de afrontamiento de la pandemia. La evaluación de los datos de China o Corea, y de Italia[7] o España[8], muestran, además de los valores absolutos y porcentuales, las diferencias por edad y género, por enfermedades latentes o por territorios.

Derivada de estos datos surge otra reflexión que refuerza el dilema de la edad en la enfermedad COVID-19. Más allá de las cifras, ¿cómo se interpreta la relación de la edad con la pandemia? No es posible ser insensible a la enorme letalidad de las personas mayores sin establecer algunos parámetros de interpretación, y aquí entran en juego varios actores. Está social y políticamente reconocido el papel de los principales actores implicados en el tratamiento de la enfermedad, es decir la clase médica, como profesionales que deciden sobre el procedimiento a seguir ante un caso de persona contagiada. Para ello disponen de dos herramientas, los protocolos de ingreso y atención y su propio criterio médico en el momento de la toma de decisión. En el caso de España, y sin ser exhaustivos, se han conocido varios protocolos de colegios y sociedades médicas para estas situaciones de emergencia como COVID-19. La edad se considera un criterio más, junto con la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad[9], es decir, teniendo en cuenta la 'edad biológica' y no solo la edad cronológica. Desde un punto de vista 'ético', y siempre en situaciones de crisis sanitarias, se aboga por priorizar, mediante 'triaje' de ingreso, la mayor probabilidad de supervivencia para conseguir el alta hospitalaria, esto es, conseguir el máximo de años salvados tras la intervención[10], y la mayor supervivencia en cada etapa de la vida. Semejantes orientaciones se establecen en Italia[11]. En definitiva, y siguiendo un principio de proporcionalidad, se recomienda valorar cuidadosamente "el beneficio de ingreso de pacientes con expectativa de vida inferior a 1-2 años, establecida mediante herramienta NECPAL o similar".

Como contraste, el proceso de ingreso por COVID-19 es también valorado por otros actores, como los medios de comunicación y las organizaciones civiles. Es habitual encontrar referencias de prensa en las que se describe esta fase de la intervención de una forma no siempre ajustada a la situación que se está tratando (el ingreso de personas mayores en situación crítica), a las condiciones de presión sobre el sistema sanitario en situaciones excepcionales y a las dificultades de tomar decisiones momentáneas ajustadas a entornos muy específicos por personal médico sometido a estrés[1 2]. En cambio, se centra la información en la edad como único criterio de decisión (los mayores de 80 años en estado crítico ya no son tratados en la UCI por su baja expectativa de supervivencia). El problema, entonces, se traslada al campo de las normas sociales, el edadismo, para justificar esta decisión[13]. Y en este sentido, las organizaciones de la sociedad civil reclaman una posición ética, de respeto a los derechos de las personas, en este conflicto, aportando como solución la mejora de los recursos y condiciones del sistema sanitario. Esta solución se plantea en un escenario a más largo plazo, muy alejado de la urgencia que reclama la resolución de la situación actual.

El dilema está entonces planteado en toda su crudeza. Mientras tanto, los pacientes y sus familias tienen poca capacidad de influencia en la decisión de gestionar el ingreso de pacientes críticos, de más edad, al menos con un carácter general.

Referencias

[1] Dudel, C., Riffe, T., & Raalte, A. A. Van. (2020). Monitoring trends and differences in COVID-19 case fatality rates using decomposition methods : Contributions of age structure and age-specific fatality. *Max Planck Institute for Demographic Research*, 1–17. https://osf.io/vdgwt/

[2] Pérez, J.; Abellán, A.; Aceituno, P.; Ramiro, D. (2020). "Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020]. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf

[3] Call, C. T. (2020). *As coronavirus hits Latin America, expect serious and enduring effects*. https://www.brookings.edu/blog/order-from-chaos/2020/03/26/as-coronavirus-hits-latin-america-expect-serious-and-enduring-effects/

[4] Sánchez, F. (2020). América Latina en los tiempos de la covid-19. *Estudios de Política Exterior, Latinoamérica Análisis, 27/03/2020*. https://www.politicaexterior.com/latinoamerica-analisis/america-latina-los-tiempos-del-covid-19/

[5] Acosta, E. (2020). *En América Latina y el Caribe se debe actuar para mitigar los impactos negativos del COVID-19 sobre la población y la economía*. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSftO-_B1q6PUrYsrId_uL9P9Ebq63wn0LdjjnihdP07gtY5zQ/viewform

[6] Dowd, J. B., Rotondi, V., Adriano, L., Brazel, D. M., Block, P., Ding, X., Liu, Y., & Mills, M. C. (2020). Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19. *MedRxiv*, *4*. https://doi.org/10.1101/2020.03.15.20036293

[7] Istituto Superiore di Sanitá (2020). *Epidemia COVID-19*. 1–13. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_30-marzo-2020.pdf

[8] Ministerio de Sanidad (2020). *Informe sobre la situación de COVID-19 en España*. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_62_COVID-19.pdf

[9] Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2020). *Recomendaciones Éticas Para La Toma De Decisiones En La Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos* . 1–15. https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUC-COVID-19.pdf

[10] Servei d'Urgencies Mèdiques, Catalunya. (2020). *Recomanacions per suport a les decisions de LET per pacients amb sospita de covid-19 i IRA hipoxèmica*. https://cronicaglobal.elespanol.com/uploads/static/cronica-global/pdfjs/web/viewer.html?file=/uploads/s1/88/72/61/7/sem-limitacio-esforc.pdf

[11] Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G., Livigni, S., Mistraletti, G., & Petrini, F. (2020). Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances - arch, 16. *Siaarti*, 1–8. http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19-documentiSIAARTI/SIAARTI-Covid-1-ClinicalEthicsReccomendations.pdf

[12] Montemurro, N. (2020). The emotional impact of COVID-19: from medical staff to common people. *Brain Behavior and Immunity*. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032

[13] Gullette, M. M. (2020). Ageist "Triage" Is a Crime Against Humanity. In *Los Angeles Review of Books*. https://lareviewofbooks.org/short-takes/ageist-triage-covid-19/