



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



REVISIÓN

Derechos humanos y dimensión social de personas vulnerables durante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2



Rubén Darío Camargo Rubio

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Bogotá, Colombia

Recibido el 17 de agosto de 2020; aceptado el 17 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 24 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Derechos humanos;
Dimensión social de la persona;
Vulnerabilidad;
COVID-19;
Discapacidad

Resumen

Introducción: Los criterios de hospitalización y la aplicación del principio de justicia distributiva en situación de excepción y urgencias en el pico de una segunda ola ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 deben ser replanteados y revisados a la luz de los derechos humanos y la dimensión social de la persona.

Objetivo: Revisar los derechos humanos y la dimensión social de personas vulnerables en la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Metodología: Se realizó un análisis y reflexión de los derechos humanos y la dimensión social de personas vulnerables afectadas con el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Resultados: Los derechos humanos son indivisibles e interdependientes, esto significa que no pueden disfrutarse plenamente si no están todos integrados. Por lo cual hay la obligación de respetarlos, protegerlos y cumplirlos. La dimensión social de la persona se relacionó con calidad de vida, ciclo vital, esperanza de vida y su valor social. Los conceptos médicos que se usan indistintamente para identificar personas vulnerables por su condición funcional son: adulto mayor, comorbilidad, fragilidad, demencia y discapacidad. Sin embargo, se trata de entidades clínicas distintas que están causalmente relacionadas y que ocasionan vulnerabilidad en pacientes COVID-19.

Discusión: La enfermedad COVID-19 es un serio desafío global que consiste en un llamado a revitalizar los valores universales contenidos en los estándares internacionales de derechos humanos. Las decisiones y prácticas relacionadas con el manejo de la pandemia deben formularse e implementarse con base al respeto, la dignidad, los derechos y los valores humanos.

Conclusión: Las personas vulnerables por su condición funcional aumentan el riesgo de padecer la enfermedad COVID-19, y el riesgo de no ingreso a la UCI en tiempos de excepción o urgencias. Una adecuada valoración de los derechos humanos y de la dimensión social de la persona hará que estos pacientes no sean discriminados.

© 2020 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: rcamargorubio@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.007>

0122-7262/© 2020 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Human rights;
Social dimension of
the person;
Vulnerability;
COVID-19;
Disability

Human rights and social dimension of vulnerable people during the pandemic for the new coronavirus SARS-CoV-2

Abstract

Introduction: The criteria for hospital admission and the application of the principle of distributive justice in exceptional situations, and emergencies at the peak of a second wave caused by the new coronavirus SARS-CoV-2, must be rethought and reviewed in the light of human rights and the social dimension of the person.

Objective: Review the human rights and social dimension of vulnerable people in the pandemic caused by the new coronavirus SARS-CoV-2.

Methodology: An analysis and reflection was carried out on human rights and the social dimension of vulnerable people affected with the new coronavirus SARS-CoV-2.

Results: Human rights are indivisible and interdependent. This means that they cannot be fully enjoyed if they are not all integrated. Therefore, there is an obligation to respect, protect, and fulfil them. The social dimension of the person is related to quality of life, life cycle, life expectancy, and their social value. The medical concepts that are used interchangeably to identify vulnerable people due to their functional condition are: elderly, comorbidity, frailty, dementia, and disability. However, they are different clinical entities, that are causally related, which cause vulnerability in COVID-19 patients.

Discussion: The COVID-19 disease is a serious global challenge that consists of a call to revitalize the universal values contained in international human rights standards. Decisions and practices related to the management of the pandemic must be formulated and implemented based on respect, dignity, rights and human values.

Conclusion: Vulnerable people, due to their functional condition, increase the risk of suffering from the COVID-19 disease, as well as the risk of not being admitted to the ICU in times of exception or emergency. An adequate assessment of human rights and the social dimension of the person will ensure that these patients are not discriminated against.

© 2020 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante la propagación de la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en el pico de la primera ola (meses de marzo y abril del 2020), en países europeos como España, Italia u Holanda se saturaron los servicios de urgencia y cuidado intensivo y se propusieron diversas estrategias para evitar el colapso de las instituciones de salud. Entre ellas aplicar el principio de justicia distributiva para la adjudicación del recurso escaso (cama UCI, ventilador) de acuerdo a la condición funcional y la dimensión social de la persona. Lo sucedido en Europa al inicio de la pandemia en el pico de la primera ola fue una planeación reactiva que se requirió en su momento y se justificó por el principio de justicia distributiva para responder a la contingencia en situación de excepción y urgencias ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Meses después estos países y otros países del hemisferio cuentan con mejores recursos, dotación de camas UCI y ventiladores, conocimiento de la enfermedad y han tenido tiempo de una planeación proactiva. La epidemiología ha cambiado, y aunque los adultos mayores siguen teniendo riesgo, la población en general tiene la misma posibilidad de enfermar y morir. Por ello, los criterios de hospitalización y la aplicación del principio de justicia distributiva en situación de excepción y urgencias en una segunda ola deben ser replanteados y revisados a la luz

de los derechos humanos y la dimensión social de la persona. Durante la pandemia se ha generado una crisis económica, una crisis social y una crisis humana que se está convirtiendo rápidamente en una crisis de derechos humanos que afecta directamente al paciente vulnerable¹, y esto hace que los Estados en cada país deban adoptar políticas de salud para mitigar las desigualdades y las vulnerabilidades existentes para que la pandemia no tenga en su segunda o tercera ola un efecto desproporcionado en estos pacientes de población vulnerable². El carácter extraordinario de la pandemia no debe usarse como una razón para ignorar los dictados éticos ordinarios de la atención médica. En consecuencia, el respeto de los derechos humanos de los pacientes sigue siendo un imperativo ético-legal que deben observar los gobiernos, los servicios médicos y los profesionales de la salud^{3,4}. Son obligaciones y deberes conforme al derecho internacional de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

El objetivo de este artículo es hacer un análisis y reflexión de los derechos humanos y la dimensión social de personas vulnerables en la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Planteamiento del problema

Durante el pico de la primera ola ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 la edad, la comorbilidad, la

condición funcional y la dimensión social fueron consideradas como uno de los principales determinantes para el ingreso de pacientes a la UCI en países europeos⁵⁻⁷. De los pacientes ingresados a UCI en los Estados Unidos, 8 de cada 10 fallecidos por la enfermedad COVID-19 durante el pico de la primera ola fueron adultos mayores de 65 años con comorbilidades⁸. En los pacientes críticos en situaciones de normalidad hay estudios que han indicado que el pronóstico al ingreso hospitalario a UCI no está relacionado con la edad ni con la situación funcional basal previa del paciente⁹. La heterogeneidad individual propia del envejecimiento impide considerar la edad cronológica como marcador pronóstico¹⁰, planteándose si este criterio por edad, dimensión social o condición funcional discrimina a los pacientes con enfermedad COVID-19 vulnerando sus derechos humanos.

Con el anterior planteamiento se proponen estas preguntas a resolver en esta revisión

- ¿En los pacientes COVID-19 los derechos humanos deben ser tenidos en cuenta en su valoración de ingreso hospitalario?
- ¿En los pacientes COVID-19 la dimensión social de la persona debe ser determinante para la toma de decisiones de ingreso hospitalario?
- ¿Los pacientes COVID-19 vulnerables por discapacidad, fragilidad, demencia (condición funcional) deben tener una valoración individual en cada caso?

Hipótesis

La atención médica en los pacientes con enfermedad COVID-19 debe involucrar los derechos humanos, la dimensión social y la condición funcional, para tener una adecuada decisión al ingreso hospitalario del paciente.

Aspecto principal del problema

La enfermedad por coronavirus (*Coronavirus Disease 2019* [COVID-19]) ha colapsado la capacidad de las instalaciones en los servicios de emergencias y UCI durante el pico de la primera ola en algunos países. Los pacientes vulnerables por su edad, condición funcional o por su dimensión social fueron evaluados de acuerdo a la justicia distributiva para la asignación del recurso durante el primer pico de la pandemia. La situación puede presentarse nuevamente si no se cuenta con recursos para la atención del paciente con enfermedad COVID-19, generando discriminación en personas vulnerables y violando así nuevamente sus derechos humanos.

Marco teórico

La población mundial está envejeciendo, y esta situación es considerada natural en el ciclo biológico de la vida. Si es acompañada de comorbilidad, fragilidad, demencia o discapacidad (condiciones funcionales) se hace más sensible ante situaciones extremas de enfermedad.

Se presentan a continuación las características epidemiológicas de la población en riesgo de vulnerabilidad y de discriminación ante la enfermedad COVID-19.

Adulto mayor. Esta población aumenta rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción se duplicará, pasando del 12 al 22%. En números absolutos el aumento previsto es de 900 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años¹¹, y más del 20% de las personas que pasan de esta edad sufrirán algún trastorno mental o neural y discapacidad.

Demencia. Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos, ya que la demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de gran magnitud que se relacionan con los costos de la asistencia médica y la atención social que impone¹².

Fragilidad. Se estima que del 10 al 25% de personas con fragilidad se encuentran por encima de los 65 años y el 46% por encima de los 85 años. El *Cardiovascular Health Study* mostró en pacientes de 65 años una prevalencia del 6,9%¹³. En Colombia, un estudio para determinar la prevalencia de fragilidad encontró una alta prevalencia de fragilidad en la población anciana y un porcentaje considerable de ancianos pre-frágiles¹⁴.

Discapacidad. Más de 1.000 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad y entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para funcionar. Estas cifras representan alrededor del 15% de la población mundial. Las tasas de personas con discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y del aumento de las enfermedades crónicas¹⁵.

Comorbilidades. Oscilaron entre el 23,2% y el 51,0% en el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2, siendo la hipertensión arterial y la diabetes las más frecuentes¹⁶. Los primeros estudios disponibles en China demostraban que las comorbilidades más habituales eran la hipertensión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias¹⁷. En Europa, Estados Unidos, México, Colombia y otros países de Suramérica los sectores poblacionales que se han visto afectados de manera importante por el nuevo coronavirus han sido también los que padecen males crónicos, como diabetes, obesidad, hipertensión o tabaquismo¹⁸.

Los grupos llamados vulnerables requieren nuestra atención durante la pandemia: la valoración de la dimensión social de la persona y la aplicación de los derechos humanos harán valer su dignidad y respeto. Los derechos humanos son los derechos que tenemos básicamente todas las personas por existir. Estos derechos universales son inherentes a todos nosotros y varían desde los más fundamentales —el derecho a la vida y a una muerte digna— hasta los que dan valor a la salud y a la libertad¹⁹.

Metodología

Se realizó un análisis y reflexión de los derechos humanos a la vida, a la no discriminación, a la atención segura y de calidad y a la información. La dimensión social de la persona se analizó en relación con la calidad de vida, el ciclo de vida, la esperanza de vida, la equidad intergeneracional, el valor social y los años de vida ajustados a la calidad (AVAC).

Para analizar los conceptos relacionados con las personas vulnerables se revisaron las definiciones de riesgo, vulnerabilidad, comorbilidad, adulto mayor, fragilidad, demencia y discapacidad, consideradas como una condición funcional.

Resultados

Derechos humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, fue el primer documento legal en establecer la protección universal de los derechos humanos fundamentales. Cumplieron 70 años en 2018 y siguen siendo la base de toda ley internacional de derechos humanos. Sus 30 artículos ofrecen los principios y los bloques de las convenciones de derechos humanos, tratados y otros instrumentos jurídicos actuales y futuros.

Los derechos humanos deberán guiar el manejo en la pandemia por COVID 19, especialmente en el ámbito de la asistencia sanitaria, para proteger la dignidad, la calidad de vida y el bienestar del paciente.

Derecho a la vida

El derecho a la vida es un derecho no derogable; por lo tanto, ninguna emergencia de salud pública puede servir como justificación para suspender las obligaciones estatales positivas o negativas derivadas de ese derecho²⁰. Los Estados deben utilizar los recursos máximos disponibles para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de la atención médica a fin de garantizar el derecho a la vida, como en el caso de la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Deben brindar suficientes ventiladores y unidades de cuidado intensivo para los pacientes que puedan necesitar este tipo de atención, en vista del crecimiento exponencial en las tasas de infección que se presentan en la comunidad y en los hospitales, independientemente de la pandemia²¹. En cuanto al derecho a la vida, el Estado no solo tiene la obligación de respetar, sino de abstenerse de reprimir la vida de alguien y de proteger a las personas de amenazas potenciales y sobre todo ofrecer condiciones para una existencia digna, según lo decidido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)²².

El derecho a la vida ante una enfermedad incluye: derecho a acceder a servicios de salud de emergencia efectivos; derecho a recibir las pruebas y exámenes correctos para un adecuado diagnóstico; derecho a recibir tratamientos adecuados para asegurar su vida; derecho a asistencia ventilatoria, y derecho a ser colocado en una unidad de cuidado intensivo cuando necesite este tipo de atención.

Derecho a la no discriminación

«Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.» La ausencia de discriminación es lo que garantiza esta igualdad. El derecho a no ser discriminado constituye, junto con la igualdad ante la ley y la igualdad en la ley, un principio básico del Derecho Internacional de los Derechos Humanos²³. Al aplicar este derecho en el ámbito de la atención médica es necesario tener en cuenta que el

paciente no puede ser discriminado por discapacidad, edad, color, raza, etnia, enfermedad o estado de salud, orientación sexual, creencias religiosas, ingresos, opinión política o cualquier otro factor personal. La discriminación aceptable es la que protege, no la que excluye de la atención médica a las personas que pertenecen a grupos vulnerables. En ese sentido, el Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa afirmó que en la actualidad las personas mayores necesitan más apoyo que nunca²⁴. De igual forma, la ONU expresó su preocupación por la discriminación por edad en la atención médica y las decisiones de selección de pacientes²⁵, por lo cual se deberá prestar especial atención a los pacientes vulnerables, como los ancianos, los niños, las personas con discapacidad, para que el derecho a la no discriminación se garantice en estos pacientes.

El derecho a la no discriminación ante una enfermedad incluye: derecho a que se tengan en cuenta sus especificidades cuando forman parte de grupos vulnerables, como las personas mayores y las personas con discapacidad; derecho a que se mitigue su vulnerabilidad al recibir atención específica y digna; derecho a recibir atención médica de emergencia y cuidados intensivos en igualdad de condiciones independientemente de su vulnerabilidad.

Derecho a una atención segura y de calidad

En el ámbito del derecho a la salud, la calidad está vinculada, entre otros requisitos, a la condición de que los tratamientos, las intervenciones y los medicamentos se basen en las mejores pruebas disponibles, y a que los profesionales estén debidamente calificados y capacitados y que exista un equipo hospitalario adecuado²⁶. En el contexto de la pandemia, la OMS afirma que el establecimiento de un flujo efectivo de pacientes a través de la detección y derivación dirigida es esencial para garantizar la calidad de la atención recibida y, de igual manera, la seguridad del paciente. Porque este flujo hace posible controlar el riesgo de infección en las unidades de salud y garantizar que los profesionales adopten el comportamiento clínico apropiado para tratar la enfermedad²⁷.

La ausencia o la precariedad de la protección individual de los profesionales de la salud con equipos de protección personal, la falta de capacitación y orientación adecuada de los profesionales especializados —médicos de cuidado intensivo— y la escasez de suministros cruciales, como oxígeno médico y ventiladores mecánicos, ponen en riesgo la seguridad de pacientes con la enfermedad COVID-19²⁸. La atención segura y de calidad también depende de la higiene y de la descontaminación adecuada del entorno que recibe al paciente, del diagnóstico y del tratamiento correcto de acuerdo con los estándares científicos de seguridad y eficacia comprobados.

El derecho a la atención segura y de calidad incluye: atención oportuna y eficiente guiada por principios de dignidad humana; atención centrada en el paciente, y respeto por la autonomía personal.

Derecho a la información

En relación con los pacientes en riesgo, debido a la presencia de comorbilidades o vulnerabilidades, el derecho a

la información garantiza una orientación específica hacia la enfermedad que se padece. El paciente con enfermedad COVID-19 tiene derecho a ser informado sobre las medidas necesarias para contener la enfermedad y sobre los riesgos relacionados con la presencia de afecciones preexistentes de comorbilidades, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, hipertensión y cáncer. También deben explicarse a los pacientes los posibles soportes clínicos para la enfermedad COVID-19 y su posible evolución. Se deben presentar al paciente aclaraciones sobre la falta de terapia específica, sobre las medidas existentes para el tratamiento sintomático y sobre la eficacia y los riesgos referidos de cada opción durante todo el período de seguimiento del cuadro clínico. En esta perspectiva, la escuela de medicina en el Reino Unido ha recomendado encarecidamente que los profesionales de la salud hablen, informen y se comuniquen con los pacientes y los familiares del enfermo con COVID-19 si su estado de salud se deteriora debido a la enfermedad²⁹.

El derecho a la información incluye: derecho a ser informado cuando lo desee; derecho a ser informado individualmente sobre los riesgos relacionados con la presencia de comorbilidades preexistentes, teniendo en cuenta su situación y el significado de esos riesgos; derecho a recibir información sobre la etiología de la enfermedad, las formas de transmisión, las medidas preventivas y los posibles tratamientos y complicaciones.

Dimensión social de la persona

Las diferentes etapas de la vida y la interrelación social, cultural, ambiental en que se ha desenvuelto la persona determinarán su calidad de vida y proyectarán la esperanza de vida. El ciclo de vida que cada persona viva estará determinado por el desarrollo biológico, psicológico y social, además de por la cultura y la plasticidad al cambio y los ajustes en la salud expresada en ausencia de enfermedad.

Calidad de vida

Es un concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social. La calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos. Entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social. Entre los factores objetivos están el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad. Es decir, la mayor calidad de vida será para las personas la ausencia de todo tipo de discriminación social, cultural, ambiental o económica³⁰. Según la OMS, «la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes»³¹.

Ciclo de vida

Tiene su punto de partida en los procesos biológicos, de ahí su nombre. Un ser vivo nace, crece y finalmente muere;

existen diversos aspectos en el mundo que tienen un lapso de tiempo entre su aparición, su desarrollo y finalmente su eliminación. El ciclo de vida puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta, recordando que existe diversidad individual y cultural para abordar las etapas del ciclo vital³². Los principios del enfoque del desarrollo del ciclo vital de Paul B. Baltes (1936-2006)³³ delimitan siete principios fundamentales de un enfoque del desarrollo del ciclo vital.

1. El desarrollo dura toda la vida. El desarrollo es un cambio que ocurre durante toda la vida. Cada etapa recibe la influencia de lo que pasó antes y afectará lo que venga.
2. El desarrollo es multidimensional. Ocurre en muchas dimensiones que interactúan: biológicas, psicológicas y sociales, que se desenvuelven cada una con ritmos distintos.
3. El desarrollo es multidireccional. Cuando una persona avanza en un área puede perder en otra, a veces al mismo tiempo.
4. La influencia relativa de la biología y la cultura cambia durante el ciclo vital. La biología y la cultura influyen en el desarrollo, pero el equilibrio entre estas influencias cambia. Las capacidades biológicas, como la agudeza de los sentidos, se debilitan con los años, pero las bases culturales, como la educación, compensan ese deterioro.
5. El desarrollo implica modificar la distribución de los recursos. Los individuos invierten de diversas maneras sus recursos de tiempo, energía, talento, dinero y apoyo social. Los recursos pueden usarse para el crecimiento (por ejemplo, aprender a tocar un instrumento), para el mantenimiento o la recuperación o para enfrentar una pérdida cuando el mantenimiento o la recuperación no son posibles.
6. El desarrollo muestra la plasticidad. Muchas capacidades, como la memoria, la fuerza y la resistencia, mejoran de manera notable con el entrenamiento y la práctica, incluso a edades avanzadas.
7. El contexto histórico y el cultural influyen en el desarrollo. Toda persona se desarrolla en múltiples contextos: circunstancias o condiciones definidas en parte por la maduración y en parte por el tiempo y el lugar. Los seres humanos no solo influyen, sino que también son influidos por su contexto histórico y cultural.

Esperanza de vida

La esperanza de vida es un indicador que mide el promedio de años que se esperaría que una persona viva; se basa en el nivel de mortalidad de un determinado grupo de población³⁴. En los países desarrollados la esperanza de vida es de alrededor de 77 años; los países subdesarrollados cuentan con menor expectativa de vida. En África, por ejemplo, el promedio es de 49 años. Los países en guerra aumentan el porcentaje de muertos y por lo tanto se reduce el índice de esperanza de vida. El país con mayor esperanza de vida es el principado de Andorra, con un promedio de 83,5 años³⁵.

Equidad intergeneracional

Es el principio por el cual todos los grupos que integran la comunidad comparten de forma equitativa los costos y los beneficios que conlleva la consecución de un desarrollo sostenible. El principio de equidad intergeneracional supone que debemos entregar a las generaciones venideras un mundo que desde la estabilidad ambiental les brinde las mismas oportunidades de desarrollo que tuvimos nosotros³⁶. Es decir, los jóvenes tienen la responsabilidad de continuar cuando el viejo ha terminado su ciclo de vida por vejez y ancianidad; es el concepto o idea de la imparcialidad o la justicia entre generaciones. También se puede aplicar a la equidad entre las generaciones que viven actualmente y las generaciones que están por nacer. Es el cambio generacional para hacer equitativa la consecución de un desarrollo sostenible.

Valor social

Las personas valoran cuando prefieren elegir unas cosas en lugar de otras, formular metas y propósitos personales. Desde el punto de vista ético, la importancia del proceso de valoración deriva de su fuerza orientadora en aras de una moral autónoma del ser humano³⁷. Desde el punto de vista de la sociología este concepto está en todos los seres humanos que aprecian, estiman, desean obtener reconocimiento de las ideas, las emociones, los actos y las actitudes de la sociedad. En la vida de la comunidad los valores se relacionan con los estilos de vida, con las costumbres, con la manera especial de relacionarse unos con otros, con los sistemas de organización social que se establecen; en una palabra, con la cultura de la comunidad.

Años de vida ajustados a la calidad

Los años de vida ajustados a la calidad (AVAC, o QALY) es una medida del valor de los resultados de salud. Asume que la salud está en función de la duración de la vida y la calidad de vida, y combina estos valores en un único índice numérico. AVAC es una unidad de medida de utilidad, entendida como los años ganados con calidad, producidos o evitados, combinados con los años ganados o perdidos de vida, respecto a un determinado estado de salud, generando una expectativa de vida de los años que le quedan al individuo³⁸. Los criterios del AVAC son: efectividad clínica, gravedad de la enfermedad, costo efectividad y calidad de la evidencia. Teniendo en cuenta que su planteamiento es económico, pondera los grupos de edad de diferentes maneras, siendo mayor para los que están en etapas productivas y menor para los niños y los ancianos. Los AVAC se utilizan para determinar la asignación de recursos y la toma de decisiones³⁹.

Conceptos relacionados con personas vulnerables

Hay conceptos médicos que se usan indistintamente para identificar adultos mayores vulnerables por comorbilidades, fragilidad, discapacidad o demencia. Sin embargo, en medicina geriátrica existe un consenso creciente de que se trata de entidades clínicas distintas que están causal-

mente relacionadas⁴⁰. Los conceptos médicos identificados que generan vulnerabilidad durante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 son la edad (adulto mayor), la fragilidad, la comorbilidad, la demencia y la discapacidad (condiciones funcionales), en los que la literatura médica plantea sus definiciones. Se revisan los conceptos de riesgo y de vulnerabilidad.

Riesgo

El riesgo es la exposición a una situación donde hay una posibilidad de sufrir un daño o de estar en peligro. Es la amenaza de que ocurra un evento que tenga efectos negativos y que alguien o algo puedan verse afectados por él. Cuando se dice que una persona está en riesgo es porque se considera que se encuentra en desventaja frente a algo más, bien sea por su ubicación, su situación, su susceptibilidad o su posición⁴¹.

El Centro para la Prevención y Control de enfermedades (CDC) de Atlanta actualizó a octubre de 2020 las enfermedades que respaldan un mayor riesgo de enfermedad COVID-19 grave. Las personas de cualquier edad con ciertas afecciones subyacentes (comorbilidades) tienen mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa del nuevo coronavirus SARS-CoV-2; se trata de personas de cualquier edad con las siguientes afecciones: cáncer, enfermedad pulmonar crónica, personas inmunosuprimidas, obesidad (índice de masa corporal de 30 o superior), afecciones cardíacas, enfermedad de células falciformes, diabetes mellitus tipo 2. Enfermarse gravemente a causa del SARS-CoV-2 implica, por definición: hospitalización, admisión a una UCI, intubación o asistencia respiratoria mecánica, o muerte. La lista de enfermedades subyacentes que aumentan el riesgo se actualizó con base en informes, artículos de prensa, borradores sin revisión y datos internos disponibles entre el 1 de diciembre del 2019 al 16 de octubre del 2020. El nivel de evidencia para cada afección fue determinado por los revisores del CDC según la información disponible acerca de la COVID-19⁴².

Vulnerabilidad

La vulnerabilidad se refiere a una situación aproximada y posible. Los grupos vulnerables no son solo personas de edad avanzada o personas con comorbilidades, sino también personas sin hogar o personas desamparadas o discapacitadas, con fragilidades o con limitaciones funcionales con un gradiente socioeconómico, financiero y de salud física y mental límite⁴³. Los indicadores de vulnerabilidad abarcan el sector público, el sector financiero, los hogares y las empresas.

Los grupos vulnerables de padecer o contraer el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 son: fumadores⁴⁴, obesos⁴⁵, mujeres embarazadas y neonatos⁴⁶, personas que viven en centros sociosanitarios u «hogares de cuidado»⁴⁷, niños adolescentes⁴⁸ y enfermos mentales (pacientes psiquiátricos)⁴⁹.

Comorbilidad

La comorbilidad, también conocida como «morbilidad asociada», es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la

evolución de ambas. A medida que la edad avanza (especialmente a partir de los 50 años) el riesgo de sufrir una patología determinada aumenta, al igual que la probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica⁵⁰. Además, no hay que olvidar que muchos adultos mayores que padecen una dolencia diagnosticada presentan también fragilidad, por lo que la comorbilidad queda establecida casi de forma automática. Esta realidad es algo que deberá tenerse muy en cuenta a la hora de establecer los distintos tratamientos que logren una mejora integral de la salud⁵¹. El índice de Charlson puede resultar útil a la hora de determinar la evolución de una determinada situación en la que se da una patología «principal» y otras que se «suman» al cuadro clínico⁵².

Adulto mayor

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia, y en especial a las personas de 60 años o más. Es una política pública concertada, con el propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de los colombianos durante el periodo 2014-2024⁵³. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad. La edad permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Brinda la posibilidad, entonces, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales⁵⁴. También puede tener una connotación de juventud, madurez o vejez. La edad cronológica corresponde a los años que hemos vivido desde nuestro nacimiento, es decir, está vinculada y se representa por un simple número. La edad biológica está asociada a otros factores, como la actividad física, la alimentación, el estado de salud, el estrés, el descanso nocturno e incluso la genética. Así, dicho concepto hace referencia a la edad del organismo, de las células, que no tiene por qué ser igual que la edad cronológica, pues muchas personas envejecen de manera excelente y aparentan ser más jóvenes. La edad biológica es un concepto fisiológico del estado del envejecimiento de nuestro organismo. La literatura científica nos dice que la diferencia observable entre la edad cronológica y la biológica puede variar en hasta más o menos 12 años.

Fragilidad

La fragilidad física constituye un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza y la resistencia y las funciones fisiológicas reducidas, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte. Diversos estudios indican que la fragilidad física se incrementa con la edad⁵⁵. La fragilidad es una condición marcada por el deterioro de múltiples sistemas fisiológicos que conlleva la pérdida de la capacidad adaptativa y de recuperación tras un evento agudo, asociado a peores resultados de salud⁵⁶. Linda Fried y sus colaboradores han definido la fragilidad en adultos mayores como

un síndrome clínico en el que se cumplen tres o más de los siguientes criterios⁵⁷.

1. Pérdida de peso no intencionada: más de 5 kg en el último año, o más del 5% del peso corporal en el último año.
2. Debilidad muscular: fuerza prensora inferior al 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal.
3. Baja resistencia-cansancio: autorreferido por el propio individuo e identificado por dos preguntas de la escala CES-D (*Center Epidemiological Studies-Depression*).
4. Lentitud en la marcha: velocidad en la marcha, para recorrer una distancia de 4,5 metros, inferior al 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura.
5. Bajo nivel de actividad física: cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo.

Demencia

La demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo⁵⁸. La *Blessed Dementia Rating Scale* (BDRS) es una escala utilizada para correlacionar las alteraciones funcionales y del comportamiento con los cambios neuropatológicos en la demencia. Su principal ventaja es su capacidad de detección, graduación y seguimiento evolutivo⁵⁹.

Discapacidad

«Discapacidad» es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales⁶⁰. Las personas con discapacidad pueden correr un riesgo mayor de contraer COVID-19 debido a factores como trastornos de salud subyacentes o grave colapso de los servicios de los cuales dependen. Los obstáculos que encuentran las personas con discapacidad se pueden reducir si las principales partes interesadas (atención en salud, cuidadores) toman medidas apropiadas⁶¹.

Discusión

Al hacer frente a las consecuencias adversas de la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 debemos tener decisiones y acciones fundamentadas en el enfoque de los derechos humanos y en la dimensión social de la persona. Este enfoque ofrece una oportunidad para buscar el bienestar, la dignificación y el respeto a todos, incluyendo grupos vulnerables

por su condición funcional (edad, comorbilidad, discapacidad, demencia, fragilidad) y su dimensión social (calidad de vida, esperanza de vida, valor social). La enfermedad COVID-19 es un serio desafío global que consiste en un llamado a revitalizar los valores universales contenidos en los estándares internacionales de derechos humanos⁶². Las decisiones y las prácticas relacionadas con el manejo de la pandemia deben formularse e implementarse con base al respeto a la dignidad, los derechos, los valores humanos y la condición social⁶³. Es probable que algunos de los derechos humanos en las personas se limiten en función de la respuesta de salud pública en tiempos de contingencia y excepción por crisis de salud, como la justicia social distributiva para la asignación del recurso escaso, situación esta evitable si se cuenta con planeación proactiva de recursos suficientes que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos a la salud y a la vida.

Conclusiones

Las personas vulnerables por edad, comorbilidad, fragilidad, demencia o discapacidad aumentan el riesgo de padecer la enfermedad COVID-19 y el riesgo de no ingreso a la UCI en tiempos de excepción o urgencias. Una adecuada valoración de los derechos humanos y de la dimensión social de la persona hará que estos pacientes no sean discriminados y tengan mejores oportunidades que las presentadas en el pico de la primera ola de la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 a inicios del año 2020⁶⁴.

Financiación

No ha habido ningún tipo de financiación para este escrito.

Conflicto de intereses

Declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses en esta presentación.

Bibliografía

1. Naciones Unidas, Secretario General. Todos estamos juntos en esto: los derechos humanos y la respuesta y recuperación ante la COVID-19 [consultado 30 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/sg/es/content/sg/statement/2020-04-23/we-are-all-together-human-rights-and-covid-19-response-and-recovery-video-message-the-secretary-general-delivered>.
2. Derechos Humanos y COVID-19. Observatorio COVID-19. Nota informativa CES. 2020; pag 1-19 [consultado 28 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.ccoo.es/7f0b3c976c216543cc28eb0967613031000001.pdf>.
3. Tealdi JC. Bioética y derechos humanos. *Rev Bras Bioet.* 2007;3:360-76 [consultado 30 Oct 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/231242103.pdf>.
4. Derechos Humanos de las Personas con COVID-19. Resolución 4/2020. (Adoptado por la CIDH el 27 de julio de 2020) [consultado 25 Oct 2020]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>.
5. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC). Sociedad

- Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Marzo de 2020. Disponible en: www.semicyuc.org.
6. SIAARTI. Raccomandazioni di etica clinica per l'mmissione a trattamenti intensivi E per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra needità and risorse disponibili, 2020 [consultado 25 Oct 2020]. Disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20.pdf>.
 7. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Marco ético pandemia COVID 19. Madrid, 20 de marzo de 2020 [consultado 1 Nov 2020]. Disponible en: https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA.COVID-19/Anestesia/DOC.SEDAR.Marco_etico.pandemia.coronavirus.pdf.
 8. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [consultado Ago 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/71105/download?token=t3ekzUeP>.
 9. J.Muscudere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2017;43:1105-22, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4867-0>.
 10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:146-56, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
 11. Organización Mundial de la salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento [consultado 30 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es>.
 12. Organización Mundial de la salud. La demencia: una prioridad para la salud pública [consultado 30 Oct 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/es/.
 13. Singh M, Alexander K, Roger VL, Rihal CS, Whitson HE, Lerman A, et al. Frailty and its potential relevance to cardiovascular care. *Mayo Clinic Proc.* 2008;83:1146-55, doi 10.4065 /83.10.1146.
 14. Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL, Henao GM. Fragilidad en ancianos colombianos. *Rev Medica Sanitas.* 2012;15:8-16.
 15. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Discapacidad [consultado 20 Oct 2020]. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
 16. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382:1708-20, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
 17. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020;94:91-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>.
 18. Martos Pérez F, Luque del Pino J, Jiménez García N, Mora Ruiz E, Asencio Méndez C, García Jiménez JM, et al. Comorbidity and prognostic factors on admission in a COVID-19 cohort of a general hospital. *Rev Clin Esp.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.017>.
 19. Naciones Unidas. Derechos Humanos. ¿Qué son los derechos humanos? [consultado 1 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>.
 20. Chomali F. Derecho a la vida, derecho fundamental. *Teol Vida.* 2007;48:413-23, <http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492007000300005>.
 21. Cabrera Martín M. Crónica de Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Septiembre a diciembre 2017. *Revista de Derecho Comunitario Europeo.* 2018;59:413-35, <http://dx.doi.org/10.18042/cepc/rdce.59.11>.
 22. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos [consultado 3 Nov 2020]. Disponible

- en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/documentos-basicos/convenion-americana-derechos-humanos.pdf>.
23. Oficina de la Comisión de Derechos Humanos. CCPR observación general 18. (General Comments). No discriminación. 10/11/89 [consultado 28 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404.pdf>.
 24. Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Council of Europe. Convenio Europeo de Derechos Humanos. 2010 [consultado 24 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.echr.coe.int.pdf>.
 25. Albuquerque A, Eler K, Amorim E, Rech R, Tanure C, Fulgêncio I, et al. Derechos Humanos de los Pacientes y COVID-19. Observatorio de Derechos de los Pacientes. 2020. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.11009.28005>.
 26. Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments). ONU Comentario general No. 14: Derecho al más alto nivel posible de salud (Artículo 12) [consultado 1 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
 27. Organización Mundial de la Salud – Actualización de la estrategia Covid 19. Ginebra, 2020 [consultado 29 Oct 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf.
 28. Minsalud. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus covid-19 [consultado 2 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS03.pdf>.
 29. Royal College of Psychiatrists. Ethical dimensions of COVID-19 for Frontline Staff [consultado 26 Oct 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/MI%20PC/Downloads/Ethical%20dimensions%20of%20COVID-19%20for%20front-line%20staff_0.pdf.
 30. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 2012;30:61–71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
 31. ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996; 17(?): 385-387. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>.
 32. Ciclo de Vida. Ministerio de Salud y Protección Social [consultado 25 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>.
 33. Balthes PB, Reese HW, Nesselroade JR. Métodos de investigación en psicología evolutiva. Enfoque del ciclo vital. Madrid: Morata; 1981. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.431>.
 34. Rodríguez-Ábrego G, Ramírez-Sánchez TJ, Torres-Cosme JL. Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52:610–7. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745499003>.
 35. Peláez Herreros O. Descripción y proyección de la esperanza de vida al nacimiento en México (1900-2050). *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2009;24:469–92. <https://www.redalyc.org/pdf/312/31221534008.pdf>.
 36. Díaz-Sarmiento C, López-Lambrano M, Roncallo-Lafont L. Entendiendo las generaciones: una revisión del concepto, clasificación y características distintivas de los baby boomers, X y millennials. *Clio América*. 2017;11:188–204. <http://dx.doi.org/10.21676/23897848.2440>.
 37. Sandoval Manríquez M. Sociología de los valores y juventud. *Última Década*. 2007;27:95–118. <https://scielol.conicyt.cl/pdf/udecada/v15n27/art06.pdf>. Accedido 3 de noviembre 2020.
 38. Mortimer D, Segal L. Comparing the incomparable? A systematic review of competing techniques for converting descriptive measures of health status into QALY-Weights. *Med Decis Making*. 2008;28:66–89. <http://dx.doi.org/10.1177/0272989X07309642>.
 39. Ortiz Amezquita EA, Plata Castillo L. Análisis de la utilidad de los años de vida ajustados a calidad en la toma de decisiones costo-efectivas. *Revista CES Salud Pública*. 2011;2:218–26.
 40. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:255–63. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255>.
 41. De Almeida Filho N, Castiel Luis D, Ayres JR. Risk: basic concept of epidemiology. *Salud Colectiva*. 2009;5:323–44 [consultado 16 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n3/323-344>.
 42. Evidencia usada para actualizar la lista de afecciones subyacentes que aumentan el riesgo que tiene una persona de enfermarse gravemente a causa del COVID-19 [consultado 10 Nov 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html>.
 43. Redefiniendo la vulnerabilidad en la era de COVID-19. *Lancet*. 2020;395:1089. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1).
 44. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020;18:20. doi 10.18332/tid/119324.
 45. Caussy C, Wallet F, Laville M, Disse E. La obesidad está asociada con formas graves de COVID-19. *Obesity (Silver Spring)*. 2020. doi 10.1002/oby.22842.
 46. Cabero-Pérez MJ, Gómez-Acebo I, Dierssen-Sotos T, Llorca J. Infección por SARS-CoV-2 en el embarazo y posibilidad de transmisión al neonato: una revisión sistemática. *Semergen*. 2020;46:47–54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.011>.
 47. Gala Serra C. Paciente anciano y sus complicaciones por infección por COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.07.004>.
 48. Brandon MH, Oliveira MES. Análisis epidemiológico preliminar en niños y adolescentes con la enfermedad del nuevo coronavirus 2019 fuera de la provincia de Hubei, China: un estudio observacional que utiliza datos de fuentes colaborativas. *medRxiv preprint*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.01.20029884>.
 49. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? *Brain Behav Immun*. 2020;87:100–6. doi 10.1016/j.bbi.2020.04.069.
 50. Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:1234–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.01.006>.
 51. Vega-Quintana A, Moreno-Cervantes CA, Prado-Hernández OA, Luna-Torres S, Torres-Gutiérrez JL. Comorbilidad en pacientes mayores de 65 años con demencia. *Med Int Mex*. 2018;34:848–54. <http://dx.doi.org/10.24245/mim.v34i6.2123>.
 52. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83. [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).
 53. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Ministerio de Salud y Protección Social. Protección social [consultado 3 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>.
 54. Envejecimiento y Vejez. Ministerio de Salud y Protección Social [consultado 3 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#>.

55. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:392–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>.
56. Amblas-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:159–66, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.005>.
57. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:146–56, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
58. Zunzunegui Pastor MV, del Ser T, Rodríguez Laso A, García Yébenes MJ, Domingob J, Otero Puime A. Non-detected dementia and use of the health services: implications for primary care. *Aten Primaria.* 2003;31:581–6, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79220-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79220-8).
59. Fagundes Chaves M.L., Camozzato AL, Godinho C. Validez de la escala de calificación clínica de demencia para la detección y estadificación de la demencia en pacientes brasileños. *Enfermedad de Alzheimer y trastornos asociados.* 2007;21:210–7, <http://dx.doi.org/10.1097/WAD.0b013e31811ff2b>.
60. Alfaro Urrutia JE. El problema del enfoque médico de la discapacidad: Un desafío interdisciplinario entre salud, educación y el derecho. *Rev Med Chile.* 2017;145:678–81, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500018>.
61. Linn MW, Linn BS. The Rapid Disability Scale-2. *J Am Geriatr Soc.* 1982;30:378–82, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1982.tb02835.x>.
62. Consejo de Europa. Comité de Bioética (DH-BIO). Declaración de DH-BIO sobre consideraciones de derechos humanos relevantes para la pandemia de COVID 19 [consultado 10 Oct 2020]. Disponible en: <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>.
63. La COVID-19 y los derechos humanos. En esto estamos todos juntos. 2020 [consultado 2 Oct 2020]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/human_rights_and_covid19_spanish.pdf.
64. 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.* 2020;55:191–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>.