

Discriminación contra personas con discapacidad en el acceso a bienes y servicios de salud en el contexto de emergencias de salud pública

Las personas con discapacidad se han visto gravemente afectadas por la Pandemia del Covid-19. La pandemia impactó diferentes ámbitos de sus vidas, incluyendo el acceso a la educación, el trabajo y diferentes espacios sociales y de la vida en comunicad.¹ Además, los impactos de la pandemia se han considerado especialmente graves para la salud de esta población. Las personas con discapacidad pueden enfrentar mayores riesgos de contraer Covid-19², ya que pueden estar en situaciones de institucionalización o requerir diferentes niveles de apoyos para acceder a medidas de higiene y prevención.³ También pueden presentar mayores complicaciones asociadas al virus y, en muchos casos, deben enfrentar múltiples barreras para acceder a la información, a las medidas preventivas o de tratamiento oportuno para el Covid-19 y/o cualquier otra condición de salud.⁴ Las personas con discapacidad también se enfrentan a dificultades relacionadas con la provisión de apoyos o asistencia personal en casos en los que éstos se enfermen o deban estar asilados.⁵

Las personas con discapacidad también han vivido situaciones de discriminación en los contextos de priorización de recursos de salud. Durante la pandemia, la situación de escasez de recursos en salud hizo necesario que se realizaran ejercicios de “triaje ético”, racionamiento o priorización para el acceso a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y otros servicios o insumos de soporte vital. La activación de escenarios de priorización implica una restricción severa en los referidos derechos, pues la persona que resulta desfavorecida en una decisión de priorización, necesariamente se ve impedida de acceder a un tratamiento de salud que podría salvarle la vida, aunque ello no esté garantizado. En ese sentido, no se trata de decisiones de priorización respecto de tratamientos simplemente deseables, sino de un tratamiento esencial directamente relacionado con la vida de las personas. Al ser una restricción muy severa en derechos fundamentales, es necesario que los Estados, aún en contexto de emergencia de salud pública, adopten todas las medidas necesarias para prevenir y anticipar un escenario de priorización, evitando a toda costa llegar al mismo, el cual debe entenderse como el más extremo posible en este contexto. Un escenario de priorización que implica la negativa de acceso a pacientes que requieren una UCI pero que tienen menores posibilidades de supervivencia en comparación con otra persona, es una situación de la mayor gravedad, que implica restricciones severas en los mencionados derechos y, por lo tanto, sólo debería considerarse como medida de último recurso y con un seguimiento estricto de los estándares de derechos humanos.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la Iniciativa Salud y Derechos Humanos del Instituto O'Neill para el Derecho y la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown, buscamos evidenciar la discriminación directa e indirecta que se ha generado en contra de las personas con discapacidad frente al acceso a los servicios de salud en los escenarios de priorización de recursos durante la pandemia. Analizamos los diferentes tipos de respuesta de los Estados a los escenarios de escasez de recursos y cómo estas respuestas han permitido situaciones de discriminación. Ya sea porque no han regulado de forma efectiva y

¹ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, “Covid-19 y los Derechos de las Personas con Discapacidad: Directrices”, 30 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

² *Ibíd.*

³ Sergio Meresman y H. Ullmann, “COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana”, serie Políticas Sociales, N° 237 (LC/TS.2020/122), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46278/1/S2000645_es.pdf

⁴ *Ibíd.*, p. 29.

⁵ *Ibíd.*, p. 33.

clara cómo realizar ejercicios de priorización de recursos en situaciones de escasez, o porque lo han hecho usando criterios que pueden generar situaciones de discriminación. Incluso cuando hay guías formales que establecen criterios para que el personal de salud pueda realizar priorizaciones, se han usado criterios que hacen referencia directa a condiciones como la edad o la tenencia de condiciones específicas como la demencia o la utilización o no de apoyos para la vida cotidiana. De igual modo, algunas guías hacen uso de criterios que, aunque aparentan neutralidad, generan discriminación en la práctica en contra de las personas con discapacidad, ya que refieren aspectos como la calidad o expectativa de vida, la sobrevivencia a largo plazo y/o la mayor probabilidad de rehabilitación o recuperación, entre otros. Si bien no hay soluciones perfectas para definir priorizaciones en situaciones de limitación de recursos, sí hay formas de evitar el uso de criterios que causen discriminación de forma directa o indirecta en contra de las personas con discapacidad. Se puede considerar entonces que el uso del criterio de “*supervivencia en el corto plazo*” basado en un análisis de la estricta condición clínica de cada paciente podría ser un criterio más objetivo que puede evitar situaciones de discriminación en salud. Además, como se demostrará en este documento, es recomendable el uso de salvaguardas procedimentales que pueden garantizar procesos transparentes y participativos para la toma de decisiones consistentes y con mecanismos de rendición de cuentas.

En primer lugar, nos referimos a los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) sobre discriminación en salud hacia las personas con discapacidad, haciendo especial énfasis en los diferentes pronunciamientos que se refirieron a las situaciones de priorización o triaje en escenarios de cuidados de soporte vital durante la pandemia. Posteriormente, usamos los casos de Colombia y Chile como ejemplos regionales para mostrar cómo se han abordado las priorizaciones de recursos en relación con la discapacidad. En estos dos países se han conocido situaciones de ausencia de criterios claros y la existencia de protocolos, guías y casos específicos de discriminación en contra de personas con discapacidad. En cada país analizamos las guías existentes y los criterios propuestos por las autoridades sanitarias, analizando porque pueden ser problemáticos a la luz del DIDH. Por último, daremos unas breves recomendaciones a la CIDH para guiar las acciones de los Estados en escenarios de priorización de recursos de soporte vital.

1. Recomendaciones desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos para prevenir la discriminación en situaciones de priorización en escenarios de soporte vital en salud

Diferentes tratados de Derechos Humanos han reconocido la prohibición de la discriminación en contra de las personas con discapacidad.⁶ El artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) reconoce “*que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad*”.⁷ El mismo artículo prohíbe a los estados negar “*(...)de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad*”.⁸ De igual modo, el Comité CDPD ha establecido que la discriminación en contra de las personas con discapacidad puede manifestarse de forma directa, indirecta, a partir de la denegación de ajustes razonables, el acoso y

⁶ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entiende la discapacidad como una categoría de discriminación prohibida en el marco del artículo 2.2. del Pacto. De igual modo, La Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce la discapacidad como un factor de discriminación. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define la discriminación por razones de discapacidad y reconoce el derecho a la igualdad y no discriminación en diferentes ámbitos. En el plano del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), en su artículo 18 señala la prohibición de discriminación por razones de discapacidad. Asimismo, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad reconoce las formas de discriminación que les afectan y proteger su derecho a la igualdad.

⁷ Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

⁸ *Ibíd*, art 25, literal f.

puede ser múltiple cuando confluye con otros factores de discriminación como el género, la edad, la raza, entre otros.⁹

Por su parte, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos ha rechazado la discriminación por razones de discapacidad en la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.¹⁰ A su vez, la Corte IDH ha llamado la atención sobre la discriminación que pueden sufrir las personas con discapacidad en el plano de la salud, resaltando la discriminación por su condición, la falta de servicios que garanticen un tratamiento digno y la falta de accesibilidad en los servicios de salud.¹¹ En casos como *Ximenes Lopes Vs. Brasil*¹², *Furlan y familia Vs. Argentina*¹³, *Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador*¹⁴, la Corte IDH se ha referido a la protección de las personas con discapacidad en términos del artículo 1.1. de la Convención Americana y su protección especial en el plano de la salud, atendiendo a su vulnerabilidad, especialmente cuando están bajo custodia del estado o se encuentran inmersas en situaciones de desigualdad y/o pobreza.¹⁵

Sobre el principio de igualdad y no discriminación en el contexto de la pandemia del Covid-19, diferentes instancias del DIDH se han pronunciado sobre la discriminación en contra de las personas con discapacidad que puede ocurrir en las decisiones de priorización de recursos médicos escasos, específicamente en el acceso a tratamiento intensivo. La Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad y la Experta Independiente de Naciones Unidas sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad indicaron que las personas con discapacidad y las personas mayores estaban mayormente expuestas a decisiones que pueden afectar sus vidas durante la pandemia.¹⁶ Reconocieron que *“Toda persona con discapacidad y toda persona mayor infectada con Covid-19 tiene derecho a acceder a unidades de cuidados intensivos, incluidos los sistemas de ventilación mecánica y otros apoyos para salvar su vida, en igualdad de condiciones con las demás. La vida de toda persona tiene igual valor.”*¹⁷ Esto incluye las aplicaciones correctas de triajes, evitando cualquier uso de criterios de selección vinculados a la edad y/o a la discapacidad de las personas.¹⁸

En otro pronunciamiento, la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos de las personas mayores expresó que *“los ancianos ya son objeto de una discriminación particular dirigida a los mayores (viejismo) y, por consiguiente, necesitan que sus derechos sean protegidos de manera específica”* particularmente el *“derecho a recibir*

⁹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación: CRPD/C/GC/6, 26 de abril de 2018, párr 18-22.

¹⁰ OAS, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

¹¹ Corte IDH. Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149. Ver también: Corte IDH. Caso *Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016. Serie C No. 312.

¹² Corte IDH. Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149.

¹³ Corte IDH. Caso *Furlan y familiares Vs. Argentina*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246.

¹⁴ Corte IDH. Caso *Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423 148

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad y la Experta independiente de Naciones Unidas sobre el disfrute de todos los derechos de las personas mayores, “El derecho a la vida de las personas con discapacidad y personas mayores infectadas por el Covid-19”, 27 de abril de 2020, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25829&LangID=S>

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ *Ibíd.*

tratamiento sanitario”.¹⁹ Agregó que “*es preciso elaborar y aplicar protocolos de triaje según prioridad, a fin de velar por que esas decisiones se adopten en función de las necesidades médicas y los mejores criterios científicos disponibles, y **no sobre la base de criterios extra facultativos, tales como la edad o la discapacidad***”.²⁰

A su vez, en la Declaración Conjunta “*Personas con Discapacidad y COVID-19*” del Presidente del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en representación del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad llamaron a los Estados a tomar medidas que garanticen el acceso a los servicios de salud a las personas con discapacidad y a evitar situaciones de discriminación, incluyendo “*(...) la denegación discriminatoria de atención médica o servicios que salvan vidas, alimentos o líquidos por motivos de discapacidad*”.²¹

En la misma línea, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad le pidió a los Estados a priorizar la garantía del respeto de la vida de las personas con discapacidad y revisar sus protocolos en contextos de emergencias de salud para garantizar que no se discrimine a esta población.²² Igualmente, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su documento “*Covid-19 y los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices*” indicó que las personas con discapacidad estaban en mayor riesgo de contraer Covid-19 por las desigualdades e inaccesibilidad de la información preventiva. Además, señaló su preocupación sobre la existencia de protocolos médicos que pueden aumentar la discriminación en acceso a servicios de salud que se fundamenta en “*prejuicios médicos contra las personas con discapacidad respecto de su calidad de vida y su valor social. Por ejemplo, ciertas directrices de triaje para la asignación de recursos escasos excluyen a este colectivo por tener algún “tipo de deficiencia”, por tener “grandes necesidades de apoyo” para la vida diaria, “fragilidad”, probabilidad de “éxito terapéutico”, así como presunciones sobre los “años de supervivencia*”.²³ En el mismo documento, se destacaron algunos protocolos y parámetros que sí serían compatibles con la prohibición de discriminación por discapacidad²⁴ y se instó a los Estados a prohibir la denegación de tratamientos por motivos de discapacidad y “*(...) derogar las disposiciones que impiden el acceso al tratamiento por motivos de discapacidad, nivel de **necesidades de apoyo, evaluaciones de calidad de vida***”

¹⁹ Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos de las personas mayores, “*Experta de Naciones Unidas califica de “inaceptable” el abandono de las personas de edad, que corren riesgos más graves por el Covid-19*”, 27 de marzo de 2020, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25748&LangID=S>

²⁰Ibíd.

²¹ “Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19 por el Presidente del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en representación del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad”, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2020/04/Declaraci%C3%B3n-Conjunta-Personas-con-Discapacidad-COVID19.pdf>

²² Relatora Especial de sobre los derechos de personas con discapacidad, “*Covid.19: ¿Quién protege a las personas con discapacidad?, alerta experta de la ONU*”, 17 de marzo de 2020, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=S>

²³ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, “*Covid-19 y los Derechos de las Personas con Discapacidad: Directrices*”, 30 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

²⁴ Por ejemplo: El Comité de Bioética de la República de San Marino desarrolló Lineamientos de triaje en casos de COVID-19, que prohíben la discriminación basada en la discapacidad: “*El único parámetro de selección, por lo tanto, es la correcta aplicación del triaje, respetando cada vida humana, basada en criterios de adecuación clínico y proporcionalidad de los tratamientos. Cualquier otro criterio de selección, como la edad, el género, la afiliación social o étnica, la discapacidad, es éticamente inaceptable, ya que implementaría un escalafón de vidas solo aparentemente más o menos dignas de ser vividas, constituyendo una inaceptable violación de los derechos humanos.*” La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América publicó un boletín para asegurar que las autoridades prohíban la discriminación por motivos de discapacidad, afirmando que “*no se debe negar a las personas con discapacidad la atención médica sobre la base de estereotipos, evaluaciones de la calidad de vida o juicios sobre el “valor” relativo de una persona debido a la presencia o ausencia de una deficiencia o la edad.*” https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

*o cualquier otra forma de sesgo médico contra las personas con discapacidad, incluso dentro de directrices para la asignación de recursos escasos (como los respiradores o el acceso a los cuidados intensivos)”.*²⁵

El Sistema Interamericano también se ha referido a la importancia de no generar discriminación hacia las personas con discapacidad en el contexto de la priorización de recursos en la actual pandemia. En la Resolución 1 de 2020, la CIDH señaló la necesidad de que los Estados velen la distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, rechazando cualquier tipo de discriminación directa, indirecta, múltiple o interseccional.²⁶ Posteriormente, en la Resolución 4 de 2020, la Comisión advirtió a los Estados que:

*“Las decisiones relativas a la salud y cuidado de las personas con COVID-19, deben adoptarse e implementarse **sin ningún tipo de discriminación arbitraria basado en alguno de los motivos** reconocidos en los estándares internacionales de derechos humanos; esto debe ser particularmente considerado respecto a ciertos colectivos, como las **personas mayores o las personas con discapacidad**. Una diferencia de trato es contraria al derecho internacional cuando la misma no tiene una justificación objetiva y razonable, es decir, cuando no persigue un fin legítimo y no **existe una relación razonable de proporcionalidad entre los medios utilizados y el fin perseguido**. Ello es aplicable, incluso en el tratamiento médico respecto de las personas que tienen condiciones médicas o enfermedades que hayan sido ocasionadas o se vean agravadas por la propia afectación por el virus.”*²⁷

Con esto, es claro que desde el DIDH se prohíbe la discriminación en salud en contra de las personas con discapacidad. Esto implica el rechazo de medidas que expresamente denieguen el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, en igualdad de condiciones en contextos de crisis de salud pública y escasez de recursos. Además, los diferentes pronunciamientos han llamado la atención sobre la discriminación indirecta que suelen sufrir las personas con discapacidad- en especial las personas mayores con discapacidad-.

Este tipo de discriminación, consciente e inconsciente se relaciona con prejuicios, estereotipos y actitudes que permean a los profesionales de la salud y que le restan valor a la vida de las personas con discapacidad. Lo sucedido en Colombia y Chile durante la pandemia son ejemplos de cómo ha operado la discriminación en contra de las personas con discapacidad durante la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19.

2. Situación regional: El caso de Colombia y de Chile

2.1. Colombia

Respondiendo a la escasez de recursos disponibles generada por la pandemia del Covid-19, algunas autoridades departamentales, municipales y clínicas y hospitales en Colombia anunciaron en diversos momentos la aplicación de triajes éticos para decidir a qué pacientes priorizar en el acceso a recursos de

²⁵ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, “Covid-19 y los Derechos de las Personas con Discapacidad: Directrices”, 30 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

²⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Pandemia y Derechos Humanos en las Américas”, Resolución 1 de 2020, disposición 8, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

²⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Derechos Humanos de las Personas con Covid-19”, Resolución 4 de 2020, disposición 23, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/resolucion-4-20-es.pdf>

soporte vital.²⁸ A pesar de que durante la pandemia se hicieron anuncios públicos de realización de triajes o prioritizaciones en las UCI, Colombia aún no cuenta con una guía o protocolo claro sobre cuándo o cómo hacer dicho ejercicio, cuáles son los procedimientos o qué criterios se deben o no tener en cuenta. Tampoco hay información sobre quién ejerce algún tipo de mecanismo de rendición de cuentas o fiscalización sobre un tema altamente riesgoso para los derechos humanos.

Aunque en marzo de 2020 el Ministerio de Salud publicó las “**Recomendaciones Generales para la Toma de Decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19**”²⁹, este documento se presenta sólo como una guía (de carácter voluntario) y no es vinculante. Esto ha permitido que cada departamento, municipio y/o clínica y hospital decida cómo y cuándo implementar ejercicios de triaje ético.³⁰ El documento de recomendaciones resume los principios bioéticos aplicables a estas situaciones, establece una serie de recomendaciones generales y otras para “*los escenarios de atención crítica*”.³¹ Con este objetivo, el documento establece que todas las instituciones deben contar con reglas claras, previamente definidas y que permitan realizar triajes organizados. De igual modo, sugiere la toma de decisiones colegiadas y apoyarse en los servicios o comités de bioética, que sólo existen en algunas clínicas y hospitales en el país. No obstante, el documento no establece claramente el momento en el que se deben activar ejercicios de triaje, tampoco brinda una directiva clara que establezca que no se deben realizar triajes éticos sin haber agotado todas las posibilidades de remisión de pacientes a otros lugares con disponibilidad, en cumplimiento del principio de referencia y contra- referencia del sistema de salud colombiano.

Esta omisión incumple el principio de utilizar el máximo de los recursos disponibles antes de adoptar medidas que limitan severamente un contenido fundamental del derecho a la salud, esto es, el de accesibilidad sin discriminación a bienes y servicios de salud. Así, las autoridades que decidan implementar protocolos de priorización de pacientes en el acceso a las UCI deben demostrar que agotaron todos los medios disponibles y que esta es una medida de último recurso. Esto se desprende de la Resolución 4/20 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre las Personas con Covid-19, en la que destacó que: “*Los Estados*

²⁸ Ver diferentes notas de prensa que alertan sobre la realización de triajes éticos en ciudades como Barranquilla, Bogotá, Antioquia y Santander. <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/04/22/en-barranquilla-medicos-tambien-estan-implementando-el-triaje-etico-por-escasez-de-camas-uci/>, <https://www.vanguardia.com/colombia/triaje-etico-en-antioquia-priorizaran-pacientes-para-uci-JX3653931>, <https://alponiente.com/el-triaje-etico-una-durabilidad/>, https://caracol.com.co/emisora/2021/04/23/medellin/1619198543_392170.html, <https://mioriente.com/mioriente/en-riogrande-tambien-ha-tenido-que-aplicarse-el-triaje-etico.html>, <https://www.bluradio.com/blu360/antioquia/coronavirus-en-antioquia-reportan-nuevamente-mas-de-100-fallecimientos-este-lunes>, <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/04/26/la-ocupacion-real-esta-muy-por-encima-del-100-carlos-valdivieso-presidente-del-colegio-medico-de-antioquia/>, <https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/estamos-en-triaje-etico-ocupacion-uci-en-bucaramanga-y-el-area-llego-al-9963-YK3815526>, <https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/estamos-en-triaje-etico-ocupacion-uci-en-bucaramanga-y-el-area-llego-al-9963-YK3815526>, <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/04/20/ocupacion-de-uci-para-pacientes-covid-19-en-bogota-amanecio-en-859/>, <https://www.publimetro.co/co/noticias/2021/04/20/que-es-el-triaje-etico-que-se-aplicaria-en-bogota-al-llegar-al-90-de-ocupacion-uci.html>, <https://www.bluradio.com/salud/fundacion-cardioinfantil-se-declara-en-alerta-roja-hospitalaria-y-emergencia-funcional>, <https://www.elspectador.com/colombia/medellin/gobernacion-de-antioquia-amplia-la-alerta-roja-hospitalaria-en-el-departamento-articulo/>, <https://consultorsalud.com/declaran-alerta-hospitalaria-valle-del-cauca/>, <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/declaran-alerta-roja-hospitalaria-por-el-covid-19-en-el-meta-580576>, <https://www.noticiasdiaadia.com/cundinamarca-en-alerta-roja-hospitalaria/>.

²⁹ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “*Recomendaciones Generales para la Toma de Decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19*”, 25 de marzo de 2020, <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>

³⁰ Edición Médica, “Federación Médica Colombiana preocupada por el anuncio del triaje ético en Antioquia”, 19 de abril, 2020, <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/profesionales/-federacion-medica-colombiana-da-su-posicion-frente-al-triaje-etico-en-antioquia-1076>

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “*Recomendaciones Generales para la Toma de Decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19*”, 25 de marzo de 2020.

tienen la obligación de utilizar el máximo de los recursos disponibles, así como que pueden enfrentar contextos de escasez de recursos y que, incluso en este supuesto, se encuentran obligados por las normas que derivan del derecho internacional de los derechos humanos y cualquier restricción debe ser debidamente justificada en términos de legalidad y proporcionalidad.”.³² Más adelante en la misma Resolución, la Comisión indicó que la finalidad de las atenciones de salud durante la pandemia debe ser la protección de la vida “(...) haciendo uso del máximo de los recursos disponibles, para el mejor cuidado y tratamiento posible”.³³ Además, estableció que los Estados también tienen la obligación de garantizar servicios de cuidado intensivo y de soporte vital, garantizando su disponibilidad y accesibilidad.³⁴

Igualmente, el documento de recomendaciones del Ministerio indica que los protocolos deben tener como objetivo tomar decisiones frente al ingreso o no a las UCI a partir de variables predeterminadas como la edad, las comorbilidades, la posibilidad de supervivencia sin enfermedad, la posibilidad de supervivencia con enfermedad, la gravedad del cuadro y la posibilidad de requerimientos prolongados de soporte, y en caso de ser necesario hacer referencia al valor instrumental de profesionales de la salud, y ser explícitos en la transparencia de no priorización por indicación administrativa o recomendaciones individuales de terceros. En una nota al pie se indica que “ninguna de las variables, en ningún caso, debe ser el único elemento de uso para definir la conducta”.³⁵ Lo anterior, permite consideraciones directas, indirectas, explícitas o implícitas de categorías sospechosas de discriminación conforme al principio de igualdad y no discriminación que es eje fundamental de la Constitución y diferentes tratados internacionales de derechos humanos. De esta forma, se faculta al personal médico a utilizar criterios que van más allá de la estricta condición clínica y las posibilidades de supervivencia a corto plazo.

En efecto, los protocolos de priorización para acceder a UCI y a recursos de soporte vital escasos, que se conocen – en un contexto de falta de transparencia e información– incluyen criterios discriminatorios contra personas con discapacidad, personas adultas mayores y con base en el estado de salud (distinto a la COVID). Este es el caso, por ejemplo, del protocolo del Comité de Bioética de la Alcaldía de la ciudad de Medellín³⁶ y de la Clínica Foscal Internacional de la ciudad de Bucaramanga³⁷ que lleva a que se consideren la edad, la discapacidad y/o la existencia de ciertas enfermedades en abstracto como criterios de posible desempate para negar el acceso a una UCI o elegir a una persona sobre otra en la priorización cuando las perspectivas de supervivencia a corto plazo sean equiparables. Las guías de la Alcaldía de Medellín y de la clínica Foscal de Bucaramanga³⁸ recomiendan:

-Usar el criterio de supervivencia a largo plazo al permitir que se valoren comorbilidades que puedan implicar una posibilidad de sobrevivida menor a 10 años.

³² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Derechos Humanos de las Personas con Covid-19”, Resolución 4 de 2020, disposición 23, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/resolucion-4-20-es.pdf>

³³ *Ibíd*, disposición 2.

³⁴ *Ibíd*, disposición 5.

³⁵ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “Recomendaciones Generales para la Toma de Decisiones Éticas en los Servicios de Salud durante la Pandemia Covid-19”, 25 de marzo de 2020, <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>

³⁶ Alcaldía de Medellín, Comité de Bioética de la ciudad de Medellín, “Recomendaciones éticas para la atención y triage de enfermos críticos durante la pandemia por COVID-19”, Abril 27 de 2020,

https://www.medellin.gov.co/iri/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared%20Content/Documentos/2020/doc_bioetica%20copia%20triage.pdf

³⁷ Clínica Internacional Foscal, “Guía para la toma de decisiones para ingreso a UCI durante la pandemia por covid-19”, 2020.

³⁸ *Ibíd*.

-Se desaconseja el ingreso de pacientes con poca posibilidad de recuperarse, para lo cual se indica que “*es necesario considerar no sólo aspectos biológicos sino factores relacionados con el soporte posterior para la garantía de la recuperación y rehabilitación de estos pacientes*”. Y se agrega “*posibilidad de soporte posterior para la rehabilitación, el cuidado y atención integral luego del alta, acceso a insumos y controles médicos, entre otros*”.³⁹ Por lo tanto, este protocolo entiende que adquirir una condición en salud, una discapacidad y los apoyos que pueda o no requerir una persona para su rehabilitación son criterios válidos para asignar puntajes distintos en el ejercicio de priorización para recibir atención en una UCI.

- Considerar la posibilidad de una persona de “recuperarse”, para lo cual se indica que “*se recomienda analizar no solo la posibilidad de sobrevivida sino también la de rehabilitación, recuperación y posterior reincorporación funcional a la sociedad*”.⁴⁰

- La edad como factor de mayor riesgo de mortalidad, en abstracto y no a la luz de la situación clínica individualizada de cada paciente. Así, se indican criterios preestablecidos en distintos rangos de edad.

- La escala de “*asignación de principios múltiples*” a través de un puntaje SOFA como uno de los criterios de desempate. Esta escala propone asignar un mayor puntaje a aquellas personas que tengan “*mayor posibilidad de sobrevivida*” y con mejor “*pronóstico de supervivencia a largo plazo*”.⁴¹ Para esto, la guía sugiere considerar criterios como la edad, el ciclo vital en el que se encuentre la persona, la severidad de la enfermedad generada por la Covid-19 y la existencia de otras enfermedades o comorbilidades preexistentes al Covid-19.

- La escala de “*Valoración Geriátrica Integral*” como otro mecanismo de desempate. Esta escala usa criterios como la funcionalidad de las personas, su cognición y su “*dependencia*” de otras personas o recursos. Además, les asigna un mayor nivel de “*fragilidad*” a aquellas personas con “*lenguaje escaso*”, “*incontinencia*” y a las personas con “*antecedente confiable de demencia en etapa moderada*” o “*severa*”.⁴²

Los criterios usados en estas dos guías -que siguen vigentes y podrían ser usadas en eventuales escenarios de crisis o saturación de servicios- generan una grave discriminación en acceso y atención en salud hacia las personas con discapacidad, por las siguientes razones:

i. Se habilita el uso de criterios que permiten la discriminación directa e indirecta en contra de personas con discapacidad: Los anteriores criterios facultan al personal médico a utilizar criterios que van más allá de la estricta condición clínica y las posibilidades de supervivencia a corto plazo, para incorporar criterios que no se limitan a responder a la necesidad de salvaguardar la mayor cantidad de vidas. Algunos de estos criterios habilitan situaciones de discriminación directa e indirecta, ya que al usar el criterio de “*supervivencia a largo plazo*” las personas con comorbilidades o discapacidad se ven especialmente afectadas.

³⁹ Alcaldía de Medellín, Comité de Bioética de la ciudad de Medellín, “*Recomendaciones éticas para la atención y triage de enfermos críticos durante la pandemia por COVID-19*”, Abril 27 de 2020, https://www.medellin.gov.co/iri/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared%20Content/Documentos/2020/doc_bioetica%20copia%20triage.pdf

⁴⁰ Alcaldía de Medellín, Comité de Bioética de la ciudad de Medellín, “*Recomendaciones éticas para la atención y triage de enfermos críticos durante la pandemia por COVID-19*”, Abril 27 de 2020.

⁴¹ Clínica Internacional Foscal, “*Guía para la toma de decisiones para ingreso a UCI durante la pandemia por covid-19*”, 2020

⁴² *Ibid.*

Igualmente, criterios como el requerimiento o no de apoyos para la vida diaria y/o la necesidad de servicios de rehabilitación en el futuro y la posibilidad de poder acceder a éstos discrimina de forma clara a las personas con discapacidad, ya que muchas ya requieren apoyos y ajustes en su vida diaria. Asimismo, el criterio de “reincorporación funcional a la sociedad” genera una discriminación en contra de quienes ya tienen una discapacidad o adquieren una en el proceso de recuperación, posibilitando valoraciones sobre lo que es “funcional” o no o la asignación subjetiva del valor de ciertas personas sobre otras.

Vale la pena mencionar que diferentes exponentes de la bioética han manifestado su inconformidad con criterios de priorización que generan situaciones de discriminación directa o indirecta en contra de personas con discapacidad.⁴³ Ari Ne’eman, Angela Ballantyne, Katie Savin , Laura Guidry-Grimes y Samuel R. Bagenstos, Joseph Stramondo y Jackie Leach Scully, entre otros, han rechazado guías para priorización que incluyan criterios como la “expectativa de vida”, “la calidad de vida” o la presencia de enfermedades, pues pueden implicar una discriminación directa e indirecta en contra de poblaciones que ya presentan múltiples inequidades en salud, incluyendo una menor expectativa de vida por condiciones asociadas al acceso inequitativo a los servicios.⁴⁴ En su concepto, los criterios para el triaje ético que “penalizan” la existencia de enfermedades o discapacidades terminan afectando a las personas que han sufrido mayor desigualdad y disparidades en el acceso a servicios de salud. Esto se manifiesta en el uso de criterios que se presentan como objetivos en función de la “dependencia” o la “funcionalidad” y se basan en ideas estereotipadas y negativas sobre lo que implica vivir con una discapacidad. Estos protocolos suponen que vivir con una discapacidad, usar apoyos o requerir ajustes razonables para el desarrollo de las actividades cotidianas es algo intrínsecamente negativo, una desventaja y/o suponen una menor calidad de vida.⁴⁵ Además, como se expresó en la primera parte de este documento, la discriminación por razones de discapacidad en los contextos de emergencias sanitarias también ha sido expresamente rechazados por el DIDH.

ii. Habilita la toma de decisiones a partir de sesgos o ideas preconcebidas sobre las personas con discapacidad: Preocupa que las decisiones sobre priorización sin criterios éticos o técnicos claros y predeterminados puede terminar habilitando decisiones guiadas por sesgos propios de la cultura y las ideas generalizadas sobre ciertas poblaciones. Por ejemplo, autoras como Elizabeth N. Chapman y Anna Kaatz han estudiado la persistencia de los sesgos implícitos basados en ideas preconcebidas y discriminatorias en contra de ciertas poblaciones en el ejercicio de la medicina.⁴⁶ Esto genera activación de presunciones automáticas

⁴³Ver: Angela Ballantyne, “ICU triage: How many lives or whose lives?”, *Blog Journal of Medical Ethics*, abril 2020, <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/07/icu-triage-how-many-lives-or-whose-lives/>. Katie Savin y Aura Guidry-Grimes, “Confronting Disability Discrimination During the Pandemic”, *The Hastings Center*, abril, 2020, <https://www.thehastingscenter.org/confronting-disability-discrimination-during-the-pandemic/>. Ari Ne’eman. “I Will not apologize for my needs”, *New York Times*, marzo 23, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/03/23/opinion/coronavirus-ventilators-triage-disability.html?fbclid=IwAR0wor1LpSzTsrI0gHYIPYjWVjNatNJPTAUxEI8-h-4IHQ1RgcBBEfDgnL>. Joseph Stramondo, “Tragic Choices: Disability, Triage, and Equity Amidst a Global Pandemic”, *Journal of Philosophy of Disability*, 1:201-210 (2021), <https://philpapers.org/rec/STRICD-6>. Jackie Leach Scully, “Disability, Disablism, and COVID-19 Pandemic Triage”, *J Bioeth Inq*. 2020; 17(4): 601–605, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445721/>

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Elizabeth N. Chapman, Anna Kaatz, Molly Carnes, et al, “Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities”, *J Gen Intern Med*. 2013 Nov; 28(11): 1504–1510. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797360/>

relacionadas con la raza, el género, la orientación sexual, la discapacidad, entre otras, que puede determinar decisiones sobre el diagnóstico o el tratamiento de un paciente en específico.⁴⁷

En el contexto del triaje ético para servicios de cuidado intensivo, preocupa que estos sesgos implícitos o inconscientes determinen que las personas con discapacidad tienen una menor calidad o expectativa de vida.. Estos sesgos se relacionan con ideas capacitistas que puede definirse como “(..) un sistema de valores que considera que determinadas características típicas del cuerpo y la mente son fundamentales para vivir una vida que merezca la pena ser vivida. Atendiendo a estándares estrictos de apariencia, funcionamiento y comportamiento, el pensamiento capacitista considera la experiencia de la discapacidad como una desgracia que conlleva sufrimientos y desventajas y, de forma invariable, resta valor a la vida humana.”⁴⁸ Siguiendo lo anterior, la Relatoría sobre los Derechos de las personas con discapacidad, así como diferentes autores de la bioética⁴⁹ se han referido a la “paradoja de la discapacidad “que muestra cómo a pesar de que las personas con discapacidad manifiestan tener vidas buenas, suele inferirse que su calidad de vida es ínfima, que no tiene futuro o posibilidad de realización.⁵⁰ Por ejemplo, para Jackie Leach Scully la “paradoja de la discapacidad” se convierte en una “barrera cognitiva que dificulta proyectarse imaginativamente en un tipo de vida desconocido sin experimentarlo como menor en lugar de simplemente diferente”.⁵¹ Scully advierte que si la guía para hacer triajes durante la pandemia permite consideraciones sobre calidad de vida deben “basarse en evidencia en lugar de suposiciones, se corre el riesgo de reforzar el prejuicio de que una vida con discapacidad nunca puede ser tan bueno — como quiera que se defina una “buena vida”— como una vida sin discapacidad”.⁵² De este modo, habilitar la posibilidad de que los profesionales de la salud actúen desde las nociones generalizadas sobre la calidad de vida o posibilidad de realización de las personas con discapacidad viola gravemente el derecho a la salud de las personas con discapacidad.

iii. Permite la discriminación interseccional directa e indirecta en contra de las personas mayores con discapacidad: Los criterios descritos generan doble discriminación en contra de las personas mayores con discapacidad. Por un lado, las penaliza por su edad y por tener más probabilidades de contar con comorbilidades preexistentes. Por el otro, les termina de desfavorecer cuando se entiende como un factor negativo el uso de apoyos para la vida diaria. Por ejemplo, la mención expresa de la demencia en los protocolos previamente analizados como un criterio de “fragilidad o dependencia severa” y como un criterio de desempate en contextos de priorización de triaje es una muestra clara de una discriminación interseccional hacia las personas mayores con discapacidad, ya que esta es una discapacidad cognitiva que suele adquirirse especialmente en la vejez.

La población de personas mayores con discapacidades suele enfrentar tipos de discriminación complejos, ya que las percepciones sociales hacia esta población acentúan estereotipos relacionados con su poca “funcionalidad”, “productividad”, su condición de “carga” para las familias y la sociedad. La Relatoría sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas ha llamado la atención sobre la menor

⁴⁷ Elizabeth N. Chapman, Anna Kaatz, Molly Carnes, et al, “Physicians and Implicit Bias: How Doctors May Unwittingly Perpetuate Health Care Disparities”, *J Gen Intern Med*. 2013 Nov; 28(11): 1504–1510.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797360/>

⁴⁸ Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/HRC/43/41 , 17 de diciembre de 2019, párrafo 9.

⁴⁹ Mackenzie C, Scully JL. Moral imagination, disability and embodiment. *Journal of Applied Philosophy*. 2007;24(4):335–351. También ver: Ver: Sol Levine, 1994 y Albrecht and Devlieger, 1999.

⁵⁰ Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/HRC/43/41 , 17 de diciembre de 2019, párr 9.

⁵¹ Jackie Leach Scully, “Disability, Disablism, and COVID-19 Pandemic Triage”, *J Bioeth Inq*. 2020; 17(4): 601–605,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445721/>

⁵² *Ibid.*

protección social que tiene esta población, su constante invisibilización y “*las bajas expectativas que existen cuando se envejece con una discapacidad*”, lo que genera ideas negativas sobre sus expectativas de vida, entendiendo que “*no vale la pena*” fomentar su participación o proteger su salud, ya que “*no hay nada que hacer*”.⁵³ La Relatoría se ha referido expresamente a esta intersección en contextos de escasez de recursos, señalando que la “*intersección entre vejez y discapacidad genera tanto formas agravadas de discriminación como violaciones específicas de los derechos humanos de las personas de edad con discapacidad*.” Esta discriminación suele estar asociada a la idea de que son una “carga” o “menos dignas”, lo que genera que reciban servicios de menor calidad o que no se les priorice en situaciones de escasez de recursos.⁵⁴ La Relatoría también ha manifestado su preocupación por “*(...) las percepciones y actitudes edadistas habitualmente impiden que las personas de edad con demencia tengan acceso pleno y en igualdad de condiciones a la asistencia médica universal*.”⁵⁵

Ahora bien, la doble discriminación hacia las personas mayores con discapacidad ha sido explícitamente rechazada por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Convención y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconocen que la población de adultos mayores con discapacidad es más propensa a sufrir estigmatización, discriminación, violencia y que deben contar con protección reforzada en salud.⁵⁶ Por su parte, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores también reconoce la doble discriminación que enfrentan las personas mayores con discapacidad y compromete a los Estados parte a desarrollar enfoques específicos en sus políticas y planes que reconozcan la vulnerabilidad específica que genera la discriminación múltiple.⁵⁷

Respondiendo a las anteriores preocupaciones, un grupo de 25 personas con discapacidad, mayores de 60 y/o con enfermedades crónicas presentó una acción de tutela alegando la vulneración de su derecho a la vida, salud, la igualdad y no discriminación y el derecho a la información en salud. Aunque esta acción legal fue negada en las primeras instancias, la Corte Constitucional de Colombia seleccionó el caso para su revisión y se encuentra actualmente en estudio.⁵⁸ El grupo de demandantes le pide a la Corte ordenar al Ministerio la construcción de unos lineamientos claros que se generen de forma participativa y transparente y que dé claridad sobre qué criterios usar en ejercicios de priorización de recursos de soporte vital en escenarios de escasez y crisis de salud pública. Esto, en línea con los criterios de anticipación y planeación en contextos de salud pública, que buscan evitar futuras situaciones de improvisación. De igual modo, se pide prohibir de forma expresa el uso de criterios que permitan la discriminación directa o indirecta en contra de las personas con discapacidad, personas mayores y/o con enfermedades crónicas.

2.2. Chile

Al igual que en Colombia y otros lugares de la región, en Chile se discutió la necesidad de priorizar pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos durante los puntos más álgidos de la pandemia. Desde abril de 2020, la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile sugirió una guía con criterios para la toma de decisiones de priorización o triaje en escenarios de limitación de recursos. La Universidad llamó a considerar

⁵³ Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/74/186, 17 de julio de 2019, párr. 19-21.

⁵⁴ *Ibíd*, párr. 8.

⁵⁵ *Ibíd*, párr. 21.

⁵⁶ Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículos 8,13,25,28.

⁵⁷ OAS, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, artículo 5.

⁵⁸ El Tiempo, “*Corte estudia tutela que pide reglas claras para la priorización de las UCI*”

<https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/covid-corte-estudia-tutela-sobre-reglas-claras-para-uso-de-uci-649830>

la opinión de los Comités de Ética y notó que “*Los factores de riesgo del paciente, las enfermedades crónicas de base, su edad y su pronóstico de recuperación serán los factores por considerar para definir los esfuerzos terapéuticos y el apoyo tecnológico a aportar a cada paciente.*”⁵⁹ De igual modo, el Centro de Bioética. Expedió una serie de recomendaciones en las que rechazó el uso de criterios como “*la mayor utilidad para el mayor número posible*”, “*el más joven*” y el “*que más convenga*”.⁶⁰ Además, puso énfasis en el criterio de “*anticipación*” de los criterios guía para este tipo de decisiones, considerando que “*la diferencia en el manejo de los pacientes debe basarse en criterios clínicos objetivos, disminuyendo la incertidumbre, y en protocolos de procedimientos y tomas de decisiones previamente diseñados. Con esto se busca reducir cualquier diferenciación arbitraria.*”⁶¹ En mayo de 2020, una directiva del Hospital de “El Carmen” anunció la efectiva realización de priorizaciones ante la limitación extrema de camas y el uso de criterios relacionados con la edad de las personas y la carga de la enfermedad.⁶²

El 9 de abril el Ministerio de Salud de Chile publicó las “**Recomendaciones para los Comités de Ética Asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud en contexto de pandemia por COVID-19**”, elaboradas por la Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud.⁶³ Estas recomendaciones van dirigidas a los Comités de de Ética Asistencial (CEAs), entendiendo que decisiones éticas no deben recaer solo en el equipo de salud, “*(.) sino contar con las recomendaciones de otros profesionales con experiencia en la deliberación ética.*”⁶⁴ Los CEAs están regulados por el Decreto N° 62/2012 del Ministerio de Salud y son cuerpos colegiados interdisciplinarios que tienen como función orientar y brindar recomendaciones éticas en el contexto de la prestación de servicios de salud, dentro del marco legal vigente.⁶⁵

En estas recomendaciones, el Ministerio recomienda a los CEAs el uso de principios como: i) el de no abandono del paciente, ii) el respeto por las decisiones de sus pacientes y de sus familias, iii) la equidad, iv) la no discriminación arbitraria, v) la transparencia y la confianza, vi) la protección del personal sanitario, vii) la responsabilidad y colaboración. Considerando estos principios y frente a posibles decisiones de priorización, el Ministerio le aconseja a los comités considerar el criterio de “*máximo beneficio para el mayor número de personas, con el fin de recuperar la mayor cantidad de vidas posibles, maximizando la posibilidad de supervivencia al alta hospitalaria y maximizar el número de años-vida.*”⁶⁶ Además, se menciona el criterio de “*utilidad efectiva de la intervención.*” Al igual que en Colombia, el Ministerio le sugiere a los CEAs no considerar la edad o la discapacidad como únicos criterios, pero no rechazan su uso para orientar estrategias de asignación de recursos.⁶⁷ Además, sugiere el uso

⁵⁹ Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, “*Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia*”, 6 de abril de 2020, <https://facultadmedicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos-eticos-en-la-atencion-de-pacientes-en-una-situacion-de-pandemia-.pdf>

⁶⁰ M. Alejandra Carrasco^{1,2}, R. López, et al, Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, “*Orientaciones éticas ante el llamado “problema de la última cama”*”, 7 de abril, 2020, <https://facultadmedicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/04/Orientaciones-eticas-ante-el-llamado-%E2%80%9Cproblema-de-la-ultima-cama%E2%80%9D.pdf>

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² T-13, “*Jefa UCI Hospital de El Carmen asegura que ya se vive dilema de “la última cama”*”, Mayo 26, 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=VzU44CaHs4Y>

⁶³ Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud, “*Recomendaciones para los Comités de Ética Asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud, en contexto de pandemia por COVID-19.*”, 9 de abril, 2020. https://www.nefro.cl/covid/img/noticias/RECOMENDACIONES_PARA_LOS_CEA_COVID-19.pdf

⁶⁴ *Ibíd.*

⁶⁵ Decreto N° 62/2012 del Ministerio de Salud que adopta el Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comité de Ética Asistencial.

⁶⁶ Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud, “*Recomendaciones para los Comités de Ética Asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud, en contexto de pandemia por COVID-19.*”, 9 de abril, 2020.

⁶⁷ *Ibíd.*

de *“criterios clínicos homogéneos que generen un beneficio esperable para un paciente. Una discriminación directa motivada en criterios únicos como la edad o la discapacidad no está justificada ni ética, ni legalmente.”*⁶⁸

De igual modo, en mayo de 2020 el Ministerio publicó el protocolo Gestión de camas en la Red Integrada Público-Privada y gestión de derivación de paciente crítico. En este documento, el Ministerio establece que es la Unidad de Gestión Centralizada de Camas -UGCC- la encargada de derivar pacientes dentro y entre los sistemas públicos y privados, dependiendo la situación de saturación de las zonas sanitarias.⁶⁹ De igual modo, establece un modelo de gestión de pacientes en cuidado crítico que busca hacer seguimiento y monitoreo de las camas disponibles para gestionar traslados y derivaciones de pacientes críticos.⁷⁰

A pesar de lo anterior, se han conocido denuncias de casos de personas con discapacidad a las que no se les priorizó o se les relegó en el acceso a servicios de cuidados intensivos. Este es el caso de Oscar Walter, un adulto de 38 años con Síndrome de Down que fue tratado por Covid-19 en el Hospital Clínico Félix Bulnes en mayo de 2020. Ante las complicaciones del cuadro clínico, su familia denunció que experimentaron diversas barreras durante su atención, incluyendo descuido, negligencia y barreras para acompañarlo y apoyarlo durante su hospitalización.⁷¹ La familia de Oscar alega que éste no fue priorizado para acceder a una atención crítica por su discapacidad, lo que dio como resultado su fallecimiento. Mientras otras personas accedían a la zona de atención crítica Oscar esperó durante 6 días a ser ingresado, y solo hasta que su cuadro se volvió muy crítico fue atendido en la UCI.⁷² Además, denunciaron que el personal de salud hizo comentarios sobre cómo Oscar ya había superado su expectativa de vida para las personas con Síndrome de Down.⁷³ En palabras de la hermana de Oscar: *“No priorizaron su estado. Para ellos las personas con síndrome de Down viven hasta los 15 o 16 años y nos hacían sentir privilegiados porque alcanzó los 30 y tantos”*.⁷⁴ Actualmente la familia de Oscar adelanta acciones legales en contra del Hospital por las actuaciones discriminatorias que dieron como resultado su muerte.⁷⁵

También se conoció el caso de Yerka Morales, una mujer de 40 con Síndrome de Down que estuvo en la misma situación que Oscar en el Hospital Padre Hurtado en Santiago. La hermana de Yerka manifestó en medios de comunicación que: *“El doctor dijo que mi hermana estaba grave y que necesitaba urgente una cama UCI pero que había que esperar porque la prioridad se les estaba dando a jóvenes y no a persona adultas ni con discapacidad”*.⁷⁶ En este caso, la presión mediática y la intervención del Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile logró que Yerka fuera ingresada a la UCI.⁷⁷ De igual modo, en junio de 2020 la prensa reportó el caso de Esteban, un joven de 19 años con displasia broncopulmonar crónica, epilepsia y parálisis cerebral. Esteban requirió acceder a un ventilador y su familia denunció un nuevo episodio de discriminación

⁶⁸ *Ibíd.*

⁶⁹ Ministro de Salud, Resolución exenta 248/2020, 11 de mayo de 2020, <https://www.redsalud.cl/assets/media/res-248-sra-gestion-de-camas-11-mayo-2020.pdf>.

⁷⁰ *Ibíd.*

⁷¹ Karina Pietro, *Publímetro*, “Coronavirus y discriminación: personas en situación de discapacidad serían los últimos en la lista por un ventilador mecánico”, 5 de junio de 2020, <https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2020/06/05/coronavirus-personas-discapacidad.html>

⁷² *Ibíd.*

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ Felipe Delgado, *Biochile*, “Familia acusó que hombre con Covid-19 murió tras no acceder a ventilador por tener síndrome de Down”, 3 de junio de 2020, <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2020/06/03/familia-acuso-hombre-covid-19-murio-tras-no-acceder-ventilador-sindrome-down.shtml>

⁷⁵ *Ibíd.*

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ Facebook, Defensoría de la Discapacidad, 15 de junio de 2020, <https://www.facebook.com/defensoriadeladiscapacidad/posts/3161690690559123>

en el Hospital Félix Bulnes.⁷⁸ El 14 de junio su madre denunció en Facebook que un médico le había informado que, si la situación de su hijo se deterioraba, no le iban a dar un ventilador, ya que no había suficientes y él no sería prioridad. Según la madre tres médicos del hospital le afirmaron que no priorizarían a Esteban para acceder a un ventilador, pues “*si llega una persona de 40 años, al que le darán el ventilador sera a él, porque tu hijo, por la discapacidad que tiene, ponerle un ventilador será como hacerlo seguir sufriendo, esto está colapsado*”⁷⁹. Su familia denunció que el médico le habría dicho además que esto iba a ser igual en cualquier hospital o clínica, “*pues le dan prioridad a las personas sin condiciones de discapacidad*”.⁸⁰ Además, les habrían hecho firmar una autorización para la no-reanimación y no intubación de su hijo.⁸¹ Ante la denuncia, nuevamente el Servicio Nacional de la Discapacidad intervino alegando la no validez de la documentación firmada por la familia. El 3 de junio de 2020, la periodista Claudia Aldana denunció otros casos de discriminación, incluyendo otro joven con Síndrome de Down que ante un diagnóstico de Covid y neumonía “*fue enviado a su casa a recibir “cuidados de fin de vida”, pese a estar en buenas condiciones. Falleció en su casa*”.⁸²

Como se señalaba en el caso de Colombia, la discriminación en los ejercicios de priorización puede darse de forma directa o indirecta. En este caso, vale la pena resaltar que algunos de los criterios sugeridos por el Ministerio de Salud de Chile, como la necesidad de “*maximizar el número de años-vida*” y la “*utilidad efectiva de la intervención*”, pueden generar situaciones de discriminación indirecta en contra de las personas con discapacidad, en especial, en contra las personas mayores con discapacidad. Así lo ha manifestado, por ejemplo, la Sociedad Americana de Geriátrica, que específicamente ha señalado que, para evitar estrategias sesgadas de asignación de recursos, no se deben utilizar criterios como “*años de vida salvados*” y “*esperanza de vida prevista a largo plazo*” porque perjudican a los adultos mayores.⁸³ Esto también aplica para las personas con discapacidad, quienes tienden a ser penalizadas por la tenencia de comorbilidades que pueden o no estar asociadas a su discapacidad. A su vez, el criterio de “*maximizar las vidas salvadas*” termina dando como resultado la priorización de ciertos grupos, como las personas más jóvenes, blancas, con más recursos y sin discapacidad. En este sentido, Angela Ballantyne advierte que bajo este criterio “*Las vidas fáciles de salvar serán las de las personas que ya gozan de privilegio social.*”⁸⁴ Además, como lo muestra los casos de discriminación reportados, el uso de estos criterios permite decisiones basadas en ideas preconcebidas sobre qué intervenciones tienen más utilidad en una o en otra persona, la calidad de vida de las personas con discapacidad que suele asumirse como mala, o ideas prejuiciosas sobre quienes ya han superado su “*expectativa de vida*”.⁸⁵

⁷⁸ “*Nueva denuncia por discriminación recibió el Hospital Félix Bulnes por negar atención a paciente en situación de discapacidad*”, ADN radio, 16 de junio, 2020 <https://www.adnradio.cl/nacional/2020/06/16/nueva-denuncia-por-discriminacion-recibio-el-hospital-felix-bulnes-por-negar-atencion-a-paciente-en-situacion-de-discapacidad.html>

⁷⁹ *Ibíd.*

⁸⁰ La denuncia está disponible en el Facebook de su madre: https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=862460974235790&cid=100014156856186&sfnsn=mo

⁸¹ “*Nueva denuncia por discriminación recibió el Hospital Félix Bulnes por negar atención a paciente en situación de discapacidad*”, ADN radio, 16 de junio, 2020 <https://www.adnradio.cl/nacional/2020/06/16/nueva-denuncia-por-discriminacion-recibio-el-hospital-felix-bulnes-por-negar-atencion-a-paciente-en-situacion-de-discapacidad.html>

⁸² Claudia Aldana, “*Columna de Claudia Aldana: Los últimos de la lista*”, 3 de junio, 2020,

<https://www.malaespinachek.cl/pais/2020/06/03/columna-de-claudia-aldana-los-ultimos-de-la-lista/>

⁸³ American Geriatrics Society, “*AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the Covid-19 Era and Beyond*”, JADS, 58:1136-1142, 2020, <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16537>

⁸⁴ Angela Ballantyne, “*ICU triage: How many lives or whose lives?*”, Blog Journal of Medical Ethics”, abril 7, 2020, <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/07/icu-triage-how-many-lives-or-whose-lives/>

⁸⁵ Lorena Zenteno, “*Los protocolos éticos del Covid-19 y la discriminación hacia las personas con discapacidad*”, *El Mostrador*, 7 de mayo, 2020, <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2020/05/07/los-protocolos-eticos-del-covid-19-y-la-discriminacion-hacia-las-personas-con-discapacidad/>

Sobre la prohibición del uso de “ *criterios únicos como la edad o la discapacidad*” sugerido por el Ministerio de Salud de Chile en las recomendaciones para los Comités de Ética y también presente en el documento recomendaciones del Ministerio de Salud de Colombia, es necesario resaltar que desde el DIDH se tiene un entendimiento integral y amplio de la complejidad de las formas en que opera la discriminación. Esto incluye los escenarios en los que la discriminación tiene lugar de forma encubierta, implícita o en relación con otros elementos “objetivos”.⁸⁶ La CIDH ha hablado del “*efecto contaminador*”⁸⁷ del uso de categorías prohibidas aún con otros factores, mientras que la Corte IDH ha señalado que para que opere la discriminación, el criterio prohibido no tiene que estar presente como único elemento de la actuación que se alega discriminatoria.⁸⁸ La prohibición del uso de la edad o discapacidad como criterios únicos no elimina el riesgo de discriminación cuando estas categorías no son explícitas o únicas. Pensar que solo existe discriminación cuando la categoría prohibida es explícita y es la única relevante implica un enfoque restrictivo de la discriminación y desconoce cómo la combinación de criterios como la edad, la discapacidad y la condición de salud genera situaciones de discriminación compuesta en las que las personas que reúnen más de una de estas características están en mayor riesgo de sufrir discriminación y no ser priorizadas en un ejercicio de triaje ético. Esto solo deja en mayor desprotección a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad y que más pueden requerir de la atención en salud.

Ahora bien, respondiendo a estos casos de discriminación, diferentes organizaciones alertaron del riesgo de discriminación que sufren las personas con discapacidad en los escenarios de priorización. Un grupo de organizaciones de la sociedad civil y la Universidad de Chile le pidieron al Ministerio de Salud hacer frente a los riesgos de discriminación que podría sufrir las personas con discapacidad, pidiendo protocolos claros para el manejo de los triajes o escenarios de “la última cama”. Las organizaciones expresaron la necesidad de contar con protocolos diferenciales y protocolos claros “*con el objetivo de evitar situaciones graves como la ocurrida recientemente con Óscar Walter, joven con síndrome de down que falleció esperando un respirador artificial que nunca se le otorgó, aun cuando este recurso existía en el centro de atención.*”⁸⁹ De igual modo, recomendaron tener directrices y protocolos oficiales para guiar la atención a personas con discapacidad, lo que incluye tener disposiciones específicas, garantizar el acceso a la información de forma accesible y el acompañamiento de los apoyos que requieren las personas con discapacidad en los centros de atención hospitalaria.⁹⁰

Igualmente, como una respuesta a casos como los de Oscar Walter⁹¹, en junio de 2020 el Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile (SENADIS) en compañía del Consejo Consultivo de la Discapacidad, la Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad e instituciones académicas publicaron el documento de “**Recomendaciones para la atención a personas con**

⁸⁶ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación: CRPD/C/GC/6, 26 de abril de 2018, párr 18-22.

⁸⁷ CIDH, Informe No. 176/10, Casos 12.576, 12.611 Y 12.612. Fondo. Segundo Aniceto Norin Catriman, Juan Patricio Marileo Saravia, Victor Ancalaf Llaupé Y Otros Fondo. Chile. 5 de noviembre de 2010. Párr. 203-204.

⁸⁸ Corte IDH, Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C-254. Párr. 94. chrome-extension://efaidnbmnmbpcajpcgclefndmkaj/https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf

⁸⁹ Agrupación Discapacidad Correcaminos, Alianza Chilena de Agrupación de Pacientes, Cátedra de Derechos Humanos, Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones, Universidad de Chile, et al, “*Declaración Pública, Atención de personas con discapacidad en contexto de pandemia*”, Junio, 2020, <https://www.uchile.cl/noticias/164418/declaracion-sobre-la-atencion-de-personas-con-discapacidad-en-pandemia>

⁹⁰ *Ibíd.*

⁹¹ Karina Pietro, *Publímetro*, “*Coronavirus y discriminación: personas en situación de discapacidad serían los últimos en la lista por un ventilador mecánico*”, 5 de junio de 2020

discapacidad en los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19".⁹² En este documento se establece que "*La presencia de una discapacidad no debe jamás justificar una limitación al esfuerzo terapéutico.*". De igual modo, se advierte que la discriminación por razones de discapacidad en el acceso a servicios de soporte vital en salud vulnera la normatividad de Chile y el derecho internacional, por lo que puede acarrear sanciones de tipo administrativo, civil y penal.⁹³ En concreto, se establece que "*El personal de salud debe tomar una decisión basada estrictamente en criterios médicos y no en juicios de valor fundados en estereotipos y prejuicios personales o sociales respecto de las personas en atención a su discapacidad*"⁹⁴ En esta misma vía, el SENADIS ha trabajado en la construcción de estrategias de residencias transitorias y de apoyos locales para personas con discapacidad que requieran apoyos durante la pandemia, en especial cuando sus cuidadores se encuentren en situaciones de salud. También se han desarrollado materiales informativos en formatos accesibles y difusión en los diferentes servicios sobre el documento de consideraciones del Ministerio de Salud.⁹⁵

Posteriormente, en Julio de 2020 el Ministerio de Salud expidió el documento de "**Consideraciones en el manejo y tratamiento de las personas con discapacidad durante la pandemia SARS-COV-2**".⁹⁶ Este documento se enmarca en el cumplimiento de las obligaciones de Chile con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y tiene como objetivo "*mejorar la respuesta en la atención de salud de las personas con discapacidad en el contexto de la emergencia sanitaria.*"⁹⁷ Además de establecer las obligaciones de los prestadores de servicios de salud en establecer ajustes razonables y apoyos para la comunicación con las personas con discapacidad, este documento llama la atención sobre las decisiones de priorización, reiterando lo establecido por las recomendaciones del SENADIS.

Con lo anterior, queda claro que el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile (SENADIS) tomaron acciones conducentes a prevenir la discriminación en salud en contra de las personas con discapacidad. Estas medidas se adoptaron de forma posterior a los casos de discriminación publicados por los medios de comunicación, lo que refleja la necesidad de que los Estados adopten salvaguardas procedimentales que permitan anticipar estos escenarios y pongan en práctica herramientas de denuncia y fiscalización. Desde el 2016, como respuesta a la crisis de salud generada por el Ébola, la OMS advirtió sobre la importancia de prepararse para situaciones de escasez y de emitir lineamientos para mantener la consistencia en las decisiones de racionamiento.⁹⁸ Esta preparación debe incluir procesos abiertos y transparentes que involucren un amplio aporte de las partes interesadas, incluyendo a las personas con discapacidad.⁹⁹ Respondiendo a la pandemia del Covid-19, la OMS y la Organización Panamericana para la Salud -OPS- resaltaron la importancia de integrar garantías procesales en el proceso de desarrollo de criterios y directrices de priorización, incluida: la anticipación, la transparencia, la inclusión en la toma de decisiones, la coherencia y la rendición de cuentas.¹⁰⁰

⁹² Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile, "*Recomendaciones para la atención de personas con discapacidad en el contexto de la pandemia por COVID-19*", junio, 2020, https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/8226/recomendaciones-para-la-atencion-de-personas-con-discapacidad-en-el-contexto-de-la-pandemia-por-covid-19

⁹³ *Ibíd.*

⁹⁴ *Ibíd.*

⁹⁵ *Ibíd.*

⁹⁶ Ministerio de Salud de Chile, "*Consideraciones en el manejo y tratamiento de las personas con discapacidad durante la pandemia SARS-COV-2*", 2020, <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/ConsideracionesPersonasconDiscapacidad130720.pdf>

⁹⁷ *Ibíd.*

⁹⁸ OMS, "*Guidance For Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks*", 2016, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1>

⁹⁹ *Ibíd.*

¹⁰⁰ OMS, "*Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting*", 2020, https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting.pdf?sfvrsn=4c14e95c_1. OPS, "*Ethics guidance for the use of scarce*

El caso de Chile muestra la importancia del criterio de anticipación, ya que, aunque el gobierno terminó expidiendo documentos que prohíben expresamente la discriminación en contra de las personas con discapacidad, esto se presentó una vez se conocieron casos de discriminación. De igual modo, se resalta la importancia de contar con mecanismos de rendición de cuentas que permitan que las personas puedan identificar y denunciar casos de posible discriminación que permitan que las autoridades actúen de forma preventiva. Para la OMS, la salvaguarda de rendición de cuentas permite que quienes tienen a cargo la toma de decisiones sobre priorización justifiquen sus decisiones y sean responsables de explicarlas. Esto también invita a que no sean individuos quienes tomen esas decisiones, previendo también la aplicación de sesgos, sino equipos que exigen procesos específicos.¹⁰¹ De igual modo, la CIDH recordó a los Estados que para salvaguardar las decisiones de los privados que intervienen en decisiones relacionadas con la pandemia, “(...) *deben fortalecer mecanismos transparentes y efectivos de monitoreo, vigilancia y fiscalización sobre estos, previendo, según corresponda, sanciones efectivas y reparaciones adecuadas para las personas con COVID-19. Esto incluye la regulación, vigilancia y rendición de cuentas en materia de derechos humanos de las empresas con actividades transnacionales relacionadas con el sector de la salud o de la bioseguridad, sobre las que los Estados ejerzan influencia o control.*”¹⁰² Como se mostró anteriormente, los casos de discriminación en Chile han sido denunciado por medios de comunicación masiva o por redes sociales. Y aunque el SENADIS terminó interviniendo en algunos de estos casos, no se observan protocolos o rutas preventivas de monitoreo de las actuaciones de las clínicas y hospitales del país. Este también es el caso de Colombia, que además de no contar con unos lineamientos o guías claras para priorización o triajes éticos, no cuenta con herramientas para monitorear o dar cuenta de cómo se realizaron dichos ejercicios, si se realizaron o no y con base a qué criterios.¹⁰³

3. Recomendaciones a la CIDH para guiar las acciones de los Estados en escenarios de priorización de recursos de soporte vital

Con todo lo anterior, la CIDH puede guiar las acciones de los Estados en escenarios de priorización de recursos médicos en escenarios de crisis o saturación. Para esto, sugerimos las siguientes recomendaciones:

- Es predominante que los Estados adopten procesos y criterios claros para las priorizaciones o los denominados triajes éticos en escenarios de escasez o limitación de recursos en salud y de soporte vital, como ventiladores, camas en Unidades de Cuidados Intensivos, entre otros. Estos procesos deben ser el producto de procesos transparentes, participativos y democráticos que incluyan a los grupos que pueden ser mayormente afectados, incluyendo a las personas con discapacidad y las organizaciones que les representan. Además, a las personas mayores y/o con enfermedades crónicas.
- Los criterios que se dispongan para la toma de decisiones de priorización de recursos de soporte vital en salud deben seguir las disposiciones del DIDH, incluyendo el principio de igualdad y no discriminación en salud y las consideraciones sobre protección especial en salud con la que cuentan

resources in the delivery of critical health care during the COVID-19 pandemic?, 2020, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52096/PAHOHSSBIOCOVID-192-0012_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “*Derechos Humanos de las Personas con Covid-19*”, Resolución 4 de 2020, disposición 30, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/resolucion-4-20-es.pdf>

¹⁰³ En las respuestas dadas por las secretarías de salud departamentales y municipales requeridas por la Corte Constitucional en el marco del expediente del proceso de tutela presentado por el grupo de 25 personas, consta que actualmente no existe un mecanismo específico de seguimiento, no hay claridad sobre si se usó o no el recurso de triaje ético, ni que criterios fueron usados para tal fin.

ciertos grupos poblaciones. En especial, los Estados deben considerar los grandes riesgos de discriminación que sufren las personas con discapacidad, y las personas mayores con discapacidad. Para esto, deben considerar la prohibición de discriminación explícita en contra de esta población e invitar a eliminar criterios aparentemente neutrales y ampliamente usados como “*salvar la mayor cantidad de años*”, “*maximizar las vidas salvadas*”, “*la funcionalidad social*”, “*la mayor posibilidad de sobrevivir*”, “*el mejor pronóstico de supervivencia a largo plazo*” y “*las mayores probabilidades de rehabilitación*”, que pueden generar efectos discriminatorios y desproporcionados para las personas con discapacidad. De igual modo, deben prever y prevenir la toma de decisiones basada en sesgos, estereotipos o ideas preconcebidas sobre la calidad de vida o expectativa de vida de las personas con discapacidad. Es recomendable el uso de criterios relacionados con

- Las recomendaciones genéricas sobre la no discriminación por razones de discapacidad o la prohibición del uso de un solo criterio para decidir a quién priorizar no han demostrado ser efectivas para evitar que en la práctica se presenten situaciones de discriminación en salud. El uso de más de un criterio, como podría ser la edad y la discapacidad o la discapacidad y la existencia de comorbilidad, no previene la discriminación de esta población. En efecto la recomendación del uso de “*más de un criterio*” termina afectando aún más a las personas con discapacidad que además son mayores, tienen enfermedades crónicas, han enfrentado más desigualdad en salud, entre otras.
- Es recomendable que los Estados adapten sus guías y recomendaciones a los estándares del DIDH y no solo a los “consensos bioéticos” o posturas específicas de exponentes de la bioética. Como se demostró en este texto, los presuntos consensos en la materia también han sido debatidos por otras voces de la bioética o sociedades científicas.
- Los Estados deben anticiparse a futuras situaciones de crisis de salud que ameriten nuevamente un racionamiento de recursos y escenarios de priorización. Si bien la pandemia por el Covid-19 no se encuentra en un momento crítico y los contextos de saturación de los sistemas de salud son cada vez menos frecuentes, es necesario que los Estados se anticipen a futuras crisis de salud pública, calamidades, desastres ambientales, conflictos armados, entre otras situaciones que pueden generar nuevamente situaciones de escasez de recursos de la salud. Es precisamente el principio de anticipación lo que debe impulsar a los Estados -que no lo han hecho- a generar procesos y lineamientos que eviten situaciones de improvisación o toma de decisiones arbitrarias o poco consistentes.
- Los procesos relacionados con la priorización de recursos deben contar con mecanismos de rendición de cuentas, monitoreo y fiscalización de las decisiones que toman los actores encargados de la toma de decisiones. Estos mecanismos deberán ser de público conocimiento y garantizar actuaciones preventivas e inmediatas que prevengan la vulneración de derechos humanos y la compensación de daños generados. De igual modo, los mecanismos de rendición de cuentas deben permitir la actualización de las guías o criterios establecidos, de acuerdo con la evidencia médica disponible y/o los efectos que se evidencien en su implementación.