

Avoiding Ageist Bias and Tragedy in Triage

Even a lottery is fairer than triage by age

By [Margaret Morganroth Gullette](#) | April 14, 2020

Triage means exclusion from treatment. In parts of the US, triage may become grievously necessary, as pandemic peaks overwhelm resources. Setting proper criteria for such decision-making is crucial for avoiding injustice, guilt, and tragedy. Sorrowfully, a medical consensus on whom to exclude has been forming, in "guidelines" from universities and state commissions, that often works explicitly against the old, and implicitly against people with disabilities, people of color, poor people, and those who live in crowded nursing homes, who are over 75, or 60, or even over 40. Bias in triage decisions is a danger to those whom society has made vulnerable.

"The transition from conventional to . . . crisis care comes with a concomitant increase in morbidity and mortality," warns a document on "crisis standards of care" transmitted to the Trump Task Force on March 28. [i] This essay responds to recent arguments justifying crisis exclusions that are erroneous and, to my mind, unethical, but, because they are authoritatively presented or widely held, dangerous.

"One thing everyone agrees on is that the most morally defensible way to decide would be to ask the patients," Dr. Wynia, a bioethicist, is quoted as saying in a survey of opinions reported by Sheri Fink for the *New York Times*. [ii] This sounds plausible: In health, some people make living wills requesting that if unable to speak for themselves (because of e.g., severe cognitive impairment, coma), they be kept alive with "heroic" measures, or not. Consent is indeed necessary from Covid-19 patients who can speak for themselves, who are gasping and scared and might benefit from ICU or intubation if offered. Would such patients sign the same advance directive now? This is supposed to be a moment of choice, involving reassuring explanations from medical personnel about options (even induced coma). [iii] A danger emerges: some candidates for scarce resources might eliminate ("sacrifice") themselves.

Consider that internalization of inferiority is real and affects wide swaths of the population. As the feminist and disability rights movements have taught, many people feel they must be self-abnegating: Others' lives are worth more than theirs. Depressed people may agree to relinquish their chance—but many older people are depressed by the pandemic. We are told often that our lives are more at risk than the lives of others. Family members will be unavailable if we are hospitalized. And, because we are suddenly framed as less valuable by popular opinion and some medical guidelines, older and disabled people may feel expendable.

The elderly and disabled category has had pointed

Evitar el sesgo edadista y la tragedia en el triage

Incluso un sorteo es más justo que el triage por edad

Por Margaret Morganroth Gullette | 14 de abril de 2020

El triage significa la exclusión del tratamiento. En algunas partes de los EE. UU., El triage puede ser básicamente necesario, ya que los picos pandémicos superan a los recursos. Establecer criterios adecuados para tal toma de decisiones es crucial para evitar injusticias, culpas y tragedias. Lamentablemente, se ha ido formado un consenso médico sobre a quiénes excluir, con "guías" de universidades y comisiones estatales, que a menudo funcionan explícitamente contra los viejos, e implícitamente contra las personas con discapacidad, las personas de color, las personas pobres y contra aquellos que viven en hogares geriátricos abarrotados, quienes tienen más de 75 o 60 o incluso más de 40. El sesgo en las decisiones de triage es un peligro para aquellos a quienes la sociedad ha hecho vulnerables.

"La transición de la atención convencional a . . . la atención durante la crisis viene con un aumento concomitante de morbilidad y mortalidad", advierte un documento sobre "estándares de atención en la crisis" enviado a la Fuerza de Tarea de Trump el 28 de marzo. [i] Ese texto responde a recientes argumentos que justifican exclusiones por la crisis que son erróneas y en mi opinión poco éticos, pero peligrosos, debido a que se presentan con autoridad o a que son ampliamente aceptados.

"Una cosa en la que todos están de acuerdo es que la forma más moralmente defendible de decidir sería preguntarle a cada paciente", dice el Dr. Wynia, un bioético, en una encuesta de opiniones reportada por Sheri Fink para el *New York Times*. [ii] Esto suena razonable: en salud, algunas personas hacen directivas anticipadas pidiendo que en caso que no puedan hablar por sí mismas (por ejemplo, por un deterioro cognitivo severo o coma), se les mantenga vivos con medidas "heroicas" o no. De hecho, es necesario el consentimiento de los pacientes de COVID-19 que pueden hablar por sí mismos, que estén jadeando y asustados y que podrían beneficiarse si se les ofrece ir a UCI o ser intubados. ¿Firmarían esos pacientes la misma directiva anticipada ahora? Se supone que ese es un momento de elección, que implica explicaciones tranquilizadoras del personal médico sobre las opciones (incluso el coma inducido). [iii] Surge un peligro: algunas personas que necesitarían recursos escasos podrían decidir eliminarse ("sacrificarse") a sí mismos.

Tengamos en cuenta que la internalización de la inferioridad es real y afecta a amplias franjas de la población. Como lo han enseñado los movimientos feministas y por los derechos de las personas con discapacidad, muchas personas sienten que deben ser abnegadas: que otras vidas valen más que la propia. Las personas deprimidas pueden aceptar renunciar a su oportunidad, pero muchas personas mayores están deprimidas por la pandemia. A menudo se nos dice que nuestras vidas están en mayor riesgo que las vidas de los demás. Pero si estamos hospitalizados los miembros de la familia no estarán disponibles, y como de repente la opinión popular y algunas guías médicas nos enmarcan como menos valiosas, las personas mayores y las con discapacidad podemos sentirnos prescindibles.

Las categorías de ancianos y de discapacitados han tenido una presión social agresiva dirigida a ellos durante mucho tiempo. Si bien es negado con vehemencia, aún está ampliamente aceptado el sentimiento que

aggressive societal pressure aimed at them for a long time. Vehemently denied but still widely held, is the feeling that the older the patient, the more undeserving of treatment. "So close to death already." The attitude spreads, first unconsciously and now explicitly, that younger adults are more valuable than older adults; the healthy more desirable than the less abled.

Ageism permeating the medical profession, a widespread problem, adds to triage confusion. Older people—not deaf and not cognitively impaired—complain in conventional situations that their doctors often ignore them, preferring to talk to their adult children. We are not seen. We may insultingly be considered "burdens"—too costly, too unproductive, too time-consuming.

Equal treatment, a constitutional right and an existential necessity, is likely to be ignored in the crisis situation. The University of Pittsburgh guidelines, a model, don't mince words. The tie-breaker should be age. (A tie means all patients with that score have an equal likelihood of survival.) These guidelines give priority to younger patients within these age groups: 12 to 40, 41 to 60, 61 to 75, over 75+. (Massachusetts' new guidelines are similar, as reported on April 13th.) The Pittsburgh document calls this "the life-cycle principle." [iv] A principle! That sounds not just plausible but lofty. Less so if we call it "culling the old." The United States has seen a growth of longevity that any nation could be proud of. Now their longevity may be used against people as young as forty.

Do the math. If age is the tie-breaker, let's say there are 10 ventilators, and 100 people who are tied in terms of equal benefit. One is 83 years old, 4 are 70; 22 are 60, 35 are 50; the rest are under 40. All 10 of those under 40 would get the ventilators; none of the others. That is culling the old. Some triage guidelines suggest patients be warned their ventilator could be taken away from them. Some triage guidelines suggest patients be warned their ventilator could be taken away from them. [v] Isn't a lottery more fair? A lottery system (for a brief time of crisis) may horrify some people, but in the long run "the ice floe" principle is far more perilous for a society.

With hostile ageism rampant, as we see, mere chronology counts more than an individual's medical condition. An article in NEJM gives "priority to those who are worst off in the sense of being at risk of dying young and not having a full life." [vi] The retired veteran New York philosopher, Andrew Wengraf, argues against the "full-life" argument.

Age may be a vivid sociological category, but to age is just to go on living. It is true that when Bertrand Russell died age 97 he was said to have had a fulfilled life, a life not free of disappointments but certainly fulfilled. . . . And inasmuch as life is finite, we are nearer death when we are old. But Russell was not obliged to die because of having enjoyed a long, rich life. The burden of proof is on anyone who thinks Russell has a duty to die prematurely. That person needs to explain how Russell could acquire that discriminatory outcome as an obligation. Without that, it

cuanto mayor es la edad del paciente es menos merecedor de tratamiento. "Ya está tan cerca de la muerte". La actitud se ha extendido, primero inconscientemente y ahora explícitamente, que los adultos más jóvenes son más valiosos que los adultos mayores y los saludables más deseables que los menos capaces.

El edadismo que impregna la profesión médica es un problema generalizado que agrega confusión al triage. Las personas mayores, ni sordas ni con problemas cognitivos, se quejan en situaciones comunes de que sus médicos a menudo las ignoran y prefieren hablarle a sus hijos adultos. No somos visibles. Es insultante que se nos considere "cargas", demasiado costosas, demasiado improductivas, demasiado lentas.

Es probable que en la situación de crisis se ignore la igualdad de trato que es un derecho constitucional y una necesidad existencial. La guía de la Universidad de Pittsburgh, un modelo, no anda con vueltas. El desempate debe ser la edad. (un empate significa que todos los pacientes con ese puntaje tienen la misma probabilidad de supervivencia). Esta guía da prioridad a los pacientes más jóvenes dentro de estos grupos de edad: 12 a 40, 41 a 60, 61 a 75, mayores de 75 años. (Las nuevas pautas de Massachusetts son similares, como se informó el 13 de abril.) El documento de Pittsburgh llama a esto "el principio del ciclo de vida". [iv] ¡Un principio! Eso suena no solo plausible sino elevado. No sonaría nada bien si lo llamamos "sacrificar a los viejos". Estados Unidos ha visto un crecimiento de la longevidad que enorgullecería a cualquier país. Ahora esa longevidad puede usarse contra personas tan jóvenes como de cuarenta años.

Hagamos las cuentas. Si la edad es el factor de desempate, digamos que hay 10 respiradores y 100 personas que están empatadas en términos de igual beneficio. Una tiene 83 años, 4 son de 70; 22 son de 60, 35 son de 50 y el resto son menores de 40 años. Los 10 menores de 40 años obtendrían los respiradores y los otros nada. Eso está sacrificando a los más viejos. Algunas guías de triage sugieren que se debe advertir a los pacientes que se les puede quitar su respirador. Algunas guías de triage sugieren que se debe advertir a los pacientes que se les puede quitar su ventilador. [v] ¿No es más justo un sorteo? Un sorteo (por un breve período de crisis) puede horrorizar a algunas personas, pero a la larga el principio de la exclusión es mucho más peligroso para una sociedad.

Con el edadismo desenfrenado, como vemos, la mera edad cronológica cuenta más que la condición médica de una persona. Un artículo en NEJM da "prioridad a aquellos que están peor en el sentido de estar en riesgo de morir jóvenes y no tener una vida plena". [vi] El veterano filósofo retirado de Nueva York, Andrew Wengraf, argumenta en contra del argumento de "vida plena".

La edad puede ser una categoría sociológica intensa, pero envejecer es simplemente seguir viviendo. Es cierto que cuando Bertrand Russell murió a los 97 años, se dijo que había tenido una vida plena, una vida no libre de decepciones, pero ciertamente plena. . . . Y como la vida es finita cuanto más viejos somos estamos más cerca de la muerte. Pero Russell no fue obligado a morir por haber disfrutado de una vida larga y rica. La carga de la prueba recae en cualquiera que piense que Russell tenía el deber de morir prematuramente. Esa persona necesitaría explicar cómo Russell podría merecer ese resultado discriminatorio como una obligación. Sin eso no podemos simplemente imponerle en una cola de triage.

cannot simply be imposed upon him in a triage queue.

New York state's guidelines are not ageist; Governor Andrew Cuomo said categorically, "My mother is not expendable." Justice in Aging, a San Francisco legal NGO that protects low-income older people, has co-written a letter to California health officials asking that treatment discussions "include an explicit prohibition on triage and triage guidance that consider an individual's estimated remaining number of years of life and other factors that cannot realistically be operationalized without taking age into account." [vii] The Johns Hopkins criteria for treatment, which rightly depended on public input, ask no more than one year of potential life, thus respecting people in their nineties. I have a dear aunt who is 99, healthy, practicing social isolation, not ready to die. At 79, I assert that my life is worth no more than that of my aunt, nor less than that of a 30-year-old.

Ethicists rightly omit most exclusion criteria (color, gender, low income). Future *perceived value* ought to be another no-no. Behind the mask, fortunately, a doctor cannot tell if that person with double pneumonia is Einstein or a homeless person of the same age. But age is as visible as gender and race. If we were to exclude people because of age, we would lose many of our current leaders. The UK would lose Queen Elizabeth. And some disabilities are clearly visible.

In a hospital crisis, ethical decision-making going case by case must fight every societal bias of long standing: refusing to weigh the life of a white person as worth more than that of a person of color, the life of a man more than a woman, a cis person over a trans person, an apparently able person over a person with an obvious disability, or a younger person over an older person. And what of an old black woman, or someone else whose visible intersectional category may activate prejudice? Ethical triage even in crisis care should focus on the individual's medical condition, not the sociological category. Training for doctors and nurses must include not only clinical guidance, but situational awareness about potential bias.

Having to decide on triage occurs at many stages, from EMTs to the bedside. Excluding people or withdrawing treatment from some may feel tragic to doctors, as well as for the patients who die, and for their families. Where bias rules, however, triage becomes criminal. The government document to the Trump Task Force, wants all healthcare workers to have "adequate guidance and legal protections . . . from unwarranted liability" (p.4).

But even the best-designed bias training cannot prevent the appearance at these multiple decision points of many people suffering from long-term health inequalities based on gender, race, national origin, or immigrant status, and low income. For them discrimination starts in utero, with inadequate prenatal care. Early deficiencies may grow worse (toxic environments, substandard housing) throughout life, as sociologist Dale Dannefer has shown through his concept of cumulative disadvantage. [viii] Middle ageism—causing people to lose jobs early in life, preventing them from finding work again—leads to family

Las pautas del estado de Nueva York no son edadistas. El gobernador Andrew Cuomo dijo categóricamente: "Mi madre no es prescindible".

Justice in Aging, una ONG jurídica de San Francisco que protege a las personas mayores de bajos ingresos, es coautora de una carta a los funcionarios de salud de California pidiendo que las discusiones sobre los tratamientos "incluyan una prohibición explícita de que en el triage y en las guías de triage sean considerados la estimación del número restante de años de vida y otros factores que solo puedan ser medidos en la práctica a partir de la edad ". [vii] Los criterios de Johns Hopkins para el tratamiento, que correctamente fueron desarrollados con participación de la comunidad, no exigen más de un año de vida potencial, respetando así a las personas que están en la década de sus noventa años. Tengo una querida tía de 99 años, saludable, que practica el aislamiento social, y que no está lista para morir. A los 79 años, yo afirmo que mi vida no vale más que la de mi tía, ni menos que la de un treintaero.

Los especialistas en ética omiten correctamente la mayoría de los criterios de exclusión (color, género, bajos ingresos). El *valor futuro percibido* debería ser otro rotundo no. Detrás de la máscara, afortunadamente, un médico no puede decir si esa persona con neumonía doble es Einstein o una persona en situación de calle de la misma edad. Como la edad es tan visible como el género y la raza, si excluyéramos a las personas debido a su edad, perderíamos a muchos de nuestros líderes actuales. El Reino Unido perdería a la reina Isabel. Algunas discapacidades también resultan claramente visibles.

En una crisis hospitalaria, la toma de decisiones éticas caso por caso debe luchar contra todos los prejuicios sociales de larga data: negándose a sopesar la vida de una persona blanca como más valiosa que la de una persona de color, la vida de un hombre más que de una mujer, de una persona cis por sobre una persona trans, de una persona aparentemente capaz sobre una persona con una discapacidad evidente, o de una persona más joven por sobre una persona mayor. ¿Y qué hay de una persona mayor negra o de alguien cuya categoría interseccional visible puede activar los prejuicios? El triage ético incluso en la atención en momentos de crisis debe centrarse en la condición médica del individuo, no en su categoría sociológica. La capacitación de médicos y enfermeras debe incluir no solo orientación clínica, sino también conciencia de situaciones con posibles sesgos.

Las decisiones sobre triage ocurren en muchas etapas, desde los servicios de emergencia hasta la clínica. Excluir a ciertas personas o retirar el tratamiento de algunos puede ser doloroso para los médicos, así como para los pacientes que mueren y para sus familias. Sin embargo, cuando prevalecen los prejuicios, el triage se vuelve criminal. El documento del gobierno para la Fuerza de Tarea de Trump, plantea que todos los trabajadores de la salud tengan "orientación adecuada y protección legal. . . sobre responsabilidades injustificadas" (p.4).

Pero incluso el mejor entrenamiento para prevenir los desvíos no puede evitar la aparición en estos múltiples puntos de decisión de muchas personas que sufren desigualdades de salud a largo plazo basadas en género, raza, origen nacional o estatus de inmigrante o bajos ingresos. Para ellos, la discriminación comienza en el útero, con una atención prenatal inadecuada. Las deficiencias tempranas pueden empeorar a lo largo de la vida (ambientes tóxicos o viviendas precarias), como lo demostró el sociólogo Dale Dannefer a través de su concepto de desventaja acumulativa. [viii] El edadismo en la mediana edad, hace que a las personas que pierden sus trabajos en medio de su vida les resulte difícil encontrar un nuevo trabajo, llevándolas a generar familias

dysfunction, foreclosure, diseases of stress. Inequality goes on so relentlessly that such people are inevitably at more risk if Covid-19 hits them. Injustice is clearly built into any crisis standard of care that prioritizes the likelihood of highest long-term survival, in a society that has lacked Medicare for All for the past sixty years.

The most just answer seems to be that all those with similar conditions and equal chances of one-year survival, participate in a lottery. A petition to this effect, addressed to the US Surgeon General, called "Just Rationing," can be signed at [Change.org/JustRationing](https://change.org/JustRationing)

The US government, burdened with racist, market-driven, small-government ideology, for decades denied the poor the right to health care and exacerbated inequality. Under Trump the government underfunded its public health service, disregarded science, procrastinated in preparations. The underfunding of nursing homes, the overwork and underpayment of staff, have already led to uncountable deaths. In many countries, the excess deaths of the pandemic will be the fault of the state. The deaths incurred thereby are crimes against humanity.

But suppose the curve flattens—we are spared triage! Eventually the data will tell us how many died after having suffered a life of disadvantages. What has been revealed already, however, through these calm, ostensibly reasonable, "ethical" medical guidelines, is a frightening explosion of explicit hate speech against people who are simply older. Older than the valued young. An entire nation has learned that this is normal and expectable. When pinch comes to shove, we alone have a duty to die, cursed by our date of birth. In the midst of grief, outrage.

[i] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Rapid Expert Consultation on Crisis Standards of Care for the COVID-19 Pandemic (March 28, 2020). Washington, DC: The National Academies Press, p. 3.. <https://doi.org/10.17226/25765>.
<https://www.nap.edu/catalog/25765/rapid-expert-consultation-on-crisis-standards-of-care-for-the-covid-19-pandemic-march-28-2020>

[ii] Sheri Fink, "The Hardest Questions Doctors May Face: Who Will Be Saved? Who Won't?" <https://www.nytimes.com/2020/03/21/us/coronavirus-medical-rationing.html>

[iii] See for example, the interview with a respiratory therapist at Newton-Wellesley Hospital, *Boston Globe*, April 15, 2020: p. .

[iv] U of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine, "Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency *Executive Summary*," p. 6, 8. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy.pdf

[v] "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19," by Ezekiel J. Emanuel et al, *NEJM* March 23, 2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114?query=RP>

disfuncionales, a la ejecución hipotecaria y a las enfermedades debidas al estrés. La desigualdad continúa tan implacablemente que esas personas inevitablemente corren más riesgo si el COVID-19 las golpea. La injusticia está claramente incorporada en cualquier estándar de atención de crisis que priorice la probabilidad de la supervivencia a largo plazo en una sociedad que ha carecido de Medicare para Todos durante los últimos sesenta años.

La respuesta más justa parece ser que todos aquellos con condiciones similares e iguales posibilidades de supervivencia de un año, participen en un sorteo. Una petición en este sentido, dirigida al Cirujano General de los Estados Unidos (US Surgeon General), llamada "Just Rationing", puede firmarse en [Change.org/JustRationing](https://change.org/JustRationing)

El gobierno de los Estados Unidos, cargado de una ideología racista, de exaltación del mercado y de empequeñecimiento del Estado, ha negado durante décadas el derecho de los pobres a la atención médica y ha exacerbado la desigualdad. Bajo Trump, el gobierno desfinanció el servicio de salud pública, descuidó la ciencia, postergó los preparativos. Cosas tales como la falta de fondos para los hogares geriátricos, el exceso de trabajo y el pago insuficiente del personal ya han provocado innumerables muertes. En muchos países el exceso de muertes por la pandemia será culpa del Estado. Las muertes incurridas de ese modo son crímenes contra la humanidad.

Pero supongamos que la curva se aplana, ¿nos salvamos del triage! Finalmente, los datos nos dirán cuántos murieron después de haber sufrido una vida de desventajas. Lo que ya se ha revelado, sin embargo, a través de estas guías médicas tranquilas, aparentemente razonables, "éticas", es una explosión aterradora de discurso explícito de odio contra personas por ser simplemente mayores. Por tener más edad que los jóvenes valiosos. Una nación entera ha aprendido que esto es normal y esperable. Cuando llega el momento difícil, nosotros solos tenemos el deber de morir, condenados por nuestra fecha de nacimiento. Al dolor se le suma la indignación.

[i] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Rapid Expert Consultation on Crisis Standards of Care for the COVID-19 Pandemic (March 28, 2020). Washington, DC: The National Academies Press, p. 3.. <https://doi.org/10.17226/25765>.
<https://www.nap.edu/catalog/25765/rapid-expert-consultation-on-crisis-standards-of-care-for-the-covid-19-pandemic-march-28-2020>

[ii] Sheri Fink, "The Hardest Questions Doctors May Face: Who Will Be Saved? Who Won't?" <https://www.nytimes.com/2020/03/21/us/coronavirus-medical-rationing.html>

[iii] See for example, the interview with a respiratory therapist at Newton-Wellesley Hospital, *Boston Globe*, April 15, 2020: p. .

[iv] U of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine, "Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency *Executive Summary*," p. 6, 8. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy.pdf

[v] "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19," by Ezekiel J. Emanuel et al, *NEJM* March 23, 2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114?query=RP>

[vi] "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19," by Ezekiel J. Emanuel et al, *NEJM* March 23, 2020.

[vi] "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19," by Ezekiel J. Emanuel et al, NEJM March 23, 2020.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114?query=RP> Dr. Emanuel is the author of the notorious article in *The Atlantic* that said all people should voluntarily refuse medical care after age 75, and that he would do so.

[vii] Included in a bulletin from Justice in Aging, "Justice in Aging Statement on Discriminatory Denial of Care to Older Adults," April 4, 2020. <https://www.justiceinaging.org/wp-content/uploads/2020/04/Justice-in-Aging-Letter-to-Sec-Ghaly-Age-Discrimination-04032020.pdf?eType=EmailBlastContent&eld=6b1dca87-da64-475e-a2b6-31a27cd48e51>

[viii] Dale Dannefer, "Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory," *Journal of Gerontology: Social Sciences* Vol 58b (2003).

About [Margaret Morganroth Gullette](#)

Margaret Morganroth Gullette is the author of the prize-winning *Ending Ageism, or How Not to Shoot Old People*. She is a resident scholar at the Women's Studies Research Center, Brandeis University. © 2020 Margaret Morganroth Gullette.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114?query=RP> Dr. Emanuel is the author of the notorious article in *The Atlantic* that said all people should voluntarily refuse medical care after age 75, and that he would do so.

[vii] Included in a bulletin from Justice in Aging, "Justice in Aging Statement on Discriminatory Denial of Care to Older Adults," April 4, 2020. <https://www.justiceinaging.org/wp-content/uploads/2020/04/Justice-in-Aging-Letter-to-Sec-Ghaly-Age-Discrimination-04032020.pdf?eType=EmailBlastContent&eld=6b1dca87-da64-475e-a2b6-31a27cd48e51>

[viii] Dale Dannefer, "Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory," *Journal of Gerontology: Social Sciences* Vol 58b (2003).

SOBRE MARGARET MORGANROTH GULLETTE

Margaret Morganroth Gullette es la autora del libro premiado "*Ending Ageism, or How Not to Shoot Old People*" (Terminar con el Edadismo o Cómo No Disparar Sobre las Personas Mayores). Es una investigadora residente en el Centro de Investigación de Estudios de la Mujer, Universidad de Brandeis. © 2020 Margaret Morganroth Gullette.

Publicado en: <https://www.tikkun.org/avoiding-bias-and-tragedy-in-triage>

Traducción de www.pormayores.info