



**Universidad  
de La Laguna**

**ESCUELA DE DOCTORADO Y  
ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MÁSTER INTERUNIVERSITARIO  
EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

***TÍTULO:***

***EL EDADISMO Y LA DIGNIDAD DE LAS  
PERSONAS MAYORES EN LA SANIDAD:  
ASPECTOS BIOÉTICOS.***

**Alumna: Victoria Plasencia Delgado.  
Tutor: José Santiago González Campos.**

***08 DE JUNIO DE 2020.***

# **RESUMEN**

## **Introducción:**

La vejez y la forma en la que es considerada se han ido modificando no solo a lo largo del tiempo, sino a través de los ojos de las diferentes culturas. Desde la época prehistórica, hasta nuestra época contemporánea, el envejecimiento ha sido el protagonista tanto de su propio auge social como de su decadencia. El envejecimiento presenta implicaciones jurídicas, económicas, sociales y sobre todo sanitarias. En este último aspecto es en el que considero importante trabajar. A lo largo de mi trayectoria profesional como enfermera, me he dedicado al trabajo con las personas mayores. Eso ha conllevado a la adquisición no solo de experiencia profesional sino además de vivencias donde la discriminación hacia ellos por parte de los profesionales sanitarios se hacía notable, desde un punto de vista negativo. Dichas razones han despertado mi interés por verificar si efectivamente existe en el ámbito sanitario dicha discriminación hacia las personas mayores por razones de edad, y los conflictos éticos que existen.

## **Objetivos:**

Analizar y describir del proceso discriminatorio en cuanto al trato sanitario de las personas mayores, además de la legislación que interviene y los conflictos éticos que aparecen en el mismo.

## **Metodología:**

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática del tema a través de la búsqueda bibliográfica en bases de datos generales (Cochrane, SciELO, Dialnet, ScienceDirect), específicas de enfermería (Cuiden), páginas oficiales de organismos como la OMS, y el Comité de Bioética de España desde febrero de 2020 hasta mayo de 2020. Además, se ha recabado información sobre las fuentes legales y una recopilación de testimonios reales de personas mayores sobre el trato percibido en la asistencia sanitaria.

Pregunta PICO: ¿Existe evidencia disponible respecto a la discriminación por edad (edadismo) en las personas mayores en la asistencia sanitaria?

Criterios de inclusión: artículos en español, con texto completo, que expongan la discriminación sanitaria de la persona mayor, con población de estudio humana y la edad de la población mayor a 60 años.

## **Resultados y discusión:**

Se han expuesto los resultados en los diferentes ámbitos sanitarios de asistencia a las personas mayores y la discriminación por edad en cada uno de ellos. Posteriormente, se ha llevado a cabo en la discusión y el análisis, una comparativa del edadismo en los diferentes ámbitos sanitarios, así como el análisis legislativo y bioético. Se ha realizado además el análisis del edadismo hacia las personas mayores en la asistencia sanitaria en relación con la actual pandemia de la COVID19.

### **Conclusiones:**

Tras el análisis de los diferentes estudios en relación con la posible discriminación sanitaria hacia las personas mayores, considero que se pone de manifiesto que el edadismo existe en el ámbito sanitario.

**Palabras clave:** Edadismo, persona mayor, dignidad, discriminación, bioética, COVID19.

## ***ABSTRACT***

### **Introduction:**

Old age and the way it is considered have been changing not only over time, but through the eyes of different cultures. From prehistoric times to our contemporary times, aging has been the protagonist of both its own social boom and its decline. Aging has legal, economic, social and above all health implications. It is in this last aspect that I consider important to work. Throughout my professional career as a nurse, I have dedicated myself to working with older people. This has led to the acquisition not only of professional experience but also of experiences where discrimination against them by health professionals was notable, from a negative point of view. These reasons have sparked my interest in verifying whether such discrimination against the elderly due to age does indeed exist in the health field, and the ethical conflicts that exist.

### **Objectives:**

Analyze and describe the discriminatory process regarding the health treatment of older people, in addition to the legislation that intervenes and the ethical conflicts that appear in it.

### **Methodology:**

A systematic review of the subject has been carried out through the bibliographic search in general databases (Cochrane, SciELO, Dialnet, ScienceDirect), specific to nursing (Cuiden), official pages of organizations such as the WHO, and the Committee

on Bioethics of Spain from February 2020 to May 2020. In addition, information has been gathered on legal sources and a collection of real testimonies from older people about the treatment perceived in healthcare.

PICO Question: Is there evidence available regarding age discrimination (older age) in older people in healthcare?

Inclusion criteria: articles in Spanish, with full text, that expose the health discrimination of the elderly, with a human study population and the age of the population over 60 years.

### **Results and Discussion:**

The results in the different health care settings for the elderly and the age discrimination in each of them have been presented. Subsequently, in the discussion and analysis, a comparison of ageism was carried out in the different health areas, as well as the legislative and bioethical analysis. An analysis of ageism towards older people in healthcare has also been carried out in relation to the current COVID pandemic19.

### **Conclusions:**

After analyzing the different studies in relation to possible health discrimination towards older people, I consider that it is clear that ageism exists in the health field.

**Key words:** Ageism, elderly person, dignity, discrimination, bioethics, COVID19.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>1.1 Justificación</b>	7
<b>1.2 Marco teórico</b>	8
La vejez y su historia	8
El proceso de envejecimiento. Concepto.	12
La vejez y su concepto. La vejez en la sociedad actual	13
Esperanza de vida y longevidad	15
¿Envejecemos igual?	17
Prejuicios y estereotipos	17
Discriminación por razón de edad y edadismo. Conceptos y definiciones	20
Consecuencias del edadismo	21
¿Cómo combatir el edadismo?	23
Respeto a la dignidad	25
La legislación y la protección jurídica de las personas mayores	26
La salud en la vejez	28
Envejecimiento activo, saludable y con calidad de vida	29
<b>1.3 Objetivos</b>	32
<b>2. METODOLOGÍA</b>	33
<b>3. RESULTADOS</b>	35
<b>4. DISCUSIÓN</b>	
Análisis del edadismo en diferentes ámbitos sanitarios.	39
Análisis legislativo del edadismo en la asistencia sanitaria.	41
Análisis bioético del edadismo en la asistencia sanitaria.	42
<b>5. CONCLUSIONES</b>	51
<b>6. APLICACIONES PRÁCTICAS</b>	
Testimonios reales personas mayores	53
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	56
<b>8. ANEXO</b>	
Cuestionario EVE-Discriminación (EVE-D).	65
Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (Kogan's Attitudes towards Older People: KAOP).	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Proporción de personas mayores de 65 años en España, total nacional desde 1975 hasta 2019	15
<b>Gráfico 2.</b> Proporción de Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo en España. Total, nacional desde 1975 hasta 2019	16
<b>Gráfico 3.</b> Tablas de Mortalidad proyectadas 2018-2067: Esperanza de Vida por edad y sexo. en España	16

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Adjetivos estereotipados del ciclo de la vejez.	18
<b>Tabla 2.</b> Cuestionario EVE-Discriminación (EVE-D).	65

## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS	Organización Mundial de la Salud
CBE	Comité de Bioética de España
SEC	Sociedad Española de Cardiología
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

## **1. INTRODUCCIÓN**

A medida que pasan los años sucede, inevitablemente, que nos vamos haciendo mayores. Eso para aquellos que no han tenido la mala suerte de despedirse de la vida mucho antes de lo que consideramos “normal”.

La vejez y la forma en la que es considerada se han ido modificando no solo a lo largo del tiempo, sino a través de los ojos de las diferentes culturas. Desde la época prehistórica, hasta nuestra época contemporánea, el envejecimiento ha sido el protagonista tanto de su propio auge social como de su decadencia.

Muchos autores han intentado concretar una definición para este concepto, además de algunas teorías para explicar cómo este proceso es vivido por las personas mayores.

Considerándose la vejez como el conjunto de procesos inherentes al envejecimiento, se establece que la población envejece de forma acelerada, y que continuará envejeciendo a lo largo de los próximos años, debido a la mayor esperanza de vida que también se encuentra en auge, causada por el descenso de la natalidad y a su vez de la mortalidad, el aumento en el nivel y estilo de vida y los avances tecnocientíficos.

El envejecimiento se considera un proceso individual y diferente para cada persona, que se puede encontrar influido por los prejuicios y estereotipos negativos y sin base real, que alteran la realidad de las personas mayores, encontrándose arraigados en la sociedad, y produciendo que influyan de forma negativa en ellas.

El envejecimiento presenta implicaciones jurídicas, económicas, sociales y sobre todo sanitarias. Desde el punto de vista sanitario, se considera que la salud es el tema que más preocupa a las personas mayores, y en este último aspecto es en el que pienso que es importante trabajar. Considero necesario crear conciencia de la importancia de las personas mayores en la sociedad actual, la que, al fin y al cabo, es la que ellos, con su esfuerzo y sacrificio, han construido.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de mi trayectoria profesional como enfermera, me he dedicado al trabajo en el ámbito geriátrico. Eso ha conllevado a la adquisición no solo de una cierta experiencia profesional en el trabajo con las personas mayores, sino además de vivencias donde la discriminación hacia ellos por parte de algunos profesionales sanitarios se hacía notable, desde el punto de vista negativo. Dichas razones han despertado mi interés por verificar si efectivamente existe en el ámbito sanitario dicha discriminación hacia las personas mayores por razones de edad, y los conflictos éticos que existen.

El desarrollo del trabajo se centra en el estudio del edadismo (discriminación por razones de edad) hacia las personas mayores en el ámbito sanitario. Se pretende dar a conocer a la sociedad si existe o no discriminación hacia las personas mayores en dicho ámbito, además de sus consecuencias y las posibles estrategias para resolverlo, acercando la propia bioética a su resolución.

Se realizará a través de la búsqueda y comparación de estudios científicos relacionados, contrastada con la legislación y los organismos oficiales como la OMS y el Comité de Bioética de España.

Considero importante llevar a cabo este trabajo, ya que además de visibilizar a las personas mayores, creo necesario que la discriminación hacia las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad debe desaparecer. Enfatizo la creación de la conciencia colectiva, además de en la profesión sanitaria, en una sociedad donde comúnmente está llena de prejuicios hacia ellas y donde es importante atender los diferentes valores y creencias, no discriminar y tratar a cualquier ser humano con la misma consideración y respeto. Considero que en la sociedad en general deben existir personas con una fuerte convicción y compromiso moral, en cualquier ámbito y con cualquier persona. Y sobre todo que existan en el ámbito sanitario profesionales comprometidos en la aplicación de la bioética durante la práctica clínica diaria con los pacientes.



## 1.2 MARCO TEÓRICO

### **LA VEJEZ Y SU HISTORIA**

*“Una bella ancianidad es, ordinariamente la recompensa de una bella vida.”  
Pitágoras*

Tal y como afirman Polo Luque y Martínez Ortega (2012) la vejez y su consideración, se ha modificado con el paso del tiempo, y de forma diferente dependiendo de las culturas. Como última etapa de la vida ha producido interés a través de la historia del ser humano. Antiguamente, lograr llegar a la vejez, era algo al alcance de pocos. Actualmente, los avances médicos han posibilitado que se alarguen los años de vida y entonces, es cuando podemos considerar, que el envejecer es un fenómeno nuevo para la historia humana. Y para interpretar dicho fenómeno, considero importante analizar y conocer cuál ha sido la imagen y las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores en la historia, a través del trabajo realizado por Polo Luque *et al.*, (2012).

#### Época prehistórica y las culturas primitivas. Época de gloria para los mayores

Los restos óseos que han sido encontrados por paleontólogos confirman que pertenecen a personas que no solían superar los 30 años. Además, se consideraba en estas sociedades a las personas de 50 años como “viejos”, y los que, sobrevivían llegando a edades más avanzadas, eran vistos como los más fuertes, y se les atribuían protecciones sobrenaturales. Al ser a su vez, debido a su edad, los más experimentados, cumplían funciones de transmisión oral de los conocimientos, y eran los curanderos, chamanes que llevaban a cabo los rituales, produciendo a su vez miedo y respeto. En las sociedades nómadas, las personas mayores representaban una carga para el resto del grupo, desde que no presentaran posibilidades de supervivencia ni tuvieran conocimientos que les otorgaran prestigio. Entonces se producía el gerontocidio activo y también el pasivo. Por el contrario, en las sociedades sedentarias, debido a que la subsistencia se presentaba más o menos asegurada, permitía a su vez que las personas mayores pudieran llevar a cabo tareas adaptadas a ellos y a su vez, ayudaban a la supervivencia del grupo. Considero interesante destacar el papel de las personas mayores en la antigua sociedad Inca, donde llevaban a cabo un papel concreto, conservando la historia de esa cultura, además de ejercer la función de médicos, y comadronas.

#### Sociedades antiguas (4000 a.C – 476 d.C)

##### *Egipto y las sociedades del oriente próximo*

El texto más antiguo que se conoce en el que una persona mayor habla de sí misma data de 4500 años de antigüedad, y pertenece a un escriba egipcio. En este texto, el escriba refleja el drama que suponía la vejez en aquella época. Así, los egipcios hablaron de las causas y problemas del envejecimiento en el Papiro Ebers que data del siglo XVI antes de Cristo. Este papiro, uno de los tratados médicos y de farmacopea más antiguos conocidos, caracterizaba al corazón, que es fuente de la vida, como origen también del envejecimiento.

En el próximo Oriente, se relacionaba la vejez con el mundo de lo sagrado. Envejecer y alcanzar la longevidad, sólo se podía conseguir con la ayuda de los dioses, y esta longevidad, era la que establecía la superioridad de un pueblo, dejando de lado el concepto de riqueza o poder militar.

Se refleja, a través de los escritos, aunque es difícil conocer las condiciones de la persona mayor en estas sociedades, que fueron escuchados y ocuparon lugares respetables. Además, de que fueron tratados con dignidad.

### *Sociedad hebrea*

En los libros del Antiguo Testamento, aparece cómo la condición de las personas mayores se va degradando progresivamente. De la época patriarcal hasta el periodo de los jueces, el papel de los mayores fue fundamental, considerados los jefes del pueblo, con poderes judiciales y religiosos. A partir de la época de los reyes, comienzan las discrepancias entre el rey y los consejos de ancianos, produciéndose entonces un cambio en la imagen de la persona mayor en la sociedad, destacándose a su vez, la importancia a la mención de las debilidades y límites físicos, perdiendo el papel de guía.

### *Lejano oriente*

Las sociedades del Lejano Oriente llevaron a cabo una aproximación desde el punto de vista filosófico al concepto de envejecimiento. En China, relacionado con conceptos taoístas, el envejecimiento se debe a desequilibrios de El Yin y el Yan. Además, la persona mayor ocupaba la cima, reflejándose en la familia la obediencia hacia ellos. Y esto ocurría también con la mujer, que, estando oprimida a lo largo de su vida, al llegar a la vejez adquiría un estatus más elevado. En la India, si se rompe la salud, considerada la armonía de las sustancias del cuerpo, se produce la enfermedad y el envejecimiento.

### *Sociedad griega*

La civilización griega, que es referencia para comprender la concepción del mundo en nuestra cultura occidental, ha perseguido la belleza y la perfección humana, y el envejecimiento representa la pérdida de la fuerza y de la juventud, considerándose peor que la muerte. La Antigua Grecia, apreciaba la juventud y no rechazaba la vejez, la que se atribuía a sabiduría, ocupando puestos honorables y siendo escuchados. En el periodo clásico, no se llevó a cabo la valoración de las personas mayores de forma igualitaria. En Esparta si ocuparon puestos privilegiados, como por ejemplo la Gerusia, que se componía de veintiocho ciudadanos mayores de 70 años que representaban el juzgado supremo y asesoría política, En Atenas los consejos de ancianos existían como método consultivo, aunque los jóvenes eran quienes tenían el poder de decidir. Además, en este periodo, se relaciona la vejez con sufrimiento y fealdad, siendo incluso ridiculizados por cómicos de la época. Dos filósofos destacados de la época presentaban diferentes y opuestas concepciones respecto a la vejez. Platón, como defensor de la vejez, presentaba a la persona mayor con una descripción ideal, donde la vejez era la culminación positiva de la vida. Además, defendía que los mayores debían gobernar. Por otro lado, Aristóteles consideraba la vejez como una etapa donde no existía capacidad política ni tampoco se garantizaba la sabiduría. Representaba los prejuicios de la época hacia las personas mayores.

### *Sociedad romana*

Los resultados de los valores de esta civilización resultan de una mezcla de varias culturas (latina, griega, etc.) perdurando hasta la actualidad. El derecho romano, reflejaba la autoridad de las personas mayores como figura del “Pater familias”, que representaba la autoridad sobre los miembros familiares. Produciéndose así, conflictos generacionales que concluyeron en una pérdida de autoridad con el tiempo. En la literatura, aparece que, en la época republicana, el Senado se encontraba constituido por los mayores o hombres maduros, el cual, durante el Imperio del poder desaparece. Quedando las personas mayores apartadas del poder público romano, y produciendo una etapa pesimista de la vejez con mucho sufrimiento, que llevó incluso a suicidios entre los mayores romanos. Donde se ha representado la dignidad y el respeto por las personas mayores en el mundo romano es a través del arte.

### Edad media (siglo V - XV)

Tal y como consta a continuación en las siguientes etapas que aparecen en los trabajos de Trejo Maturana (2001), tras la caída del imperio romano, la “Alta edad media”, influenciada por el cristianismo, es considerada una época de brutalidad y donde predominó la ley del más fuerte, con los adultos mayores como desfavorecidos. Los mayores que pertenecían a las familias pobres representaban el grupo débil y frágil de la sociedad, siendo recogidos en monasterios y hospitales, con la solidaridad familiar como ayuda para la subsistencia. Para la iglesia, los mayores no tenían

especial importancia, donde eran llevados a la realización de trabajos manuales o porteros. Los adultos mayores acomodados, influenciados por la iglesia, pensaban que la tranquilidad eterna tenía que ser ganada, y esto los llevo a acudir a los monasterios como retiro voluntario con beneficios económicos, lo que se podría ver como los primeros asilos. La peste negra de 1348 y posteriormente la viruela del siglo XV, donde murieron mayoritariamente niños y jóvenes, produjo un aumento de mayores en esos años, y con ello, se favoreció su posición en el ámbito económico, social y político.

#### Época del renacimiento (siglo XIV)

Esta época con sentimiento individualista que iba floreciendo, dejando atrás siglos de miedo, encierro y violencia, y con los humanistas y cortesanos rechazando la representación de la decadencia y la fealdad, produjo que se rechazara de nuevo a los mayores, los cuales representaban todo lo contrario para ellos. Además, la disminución de los conflictos violentos produjo que se pudiera llegar a edades más avanzadas.

#### Edad moderna (siglo XV - XVIII)

Aparecen los burócratas con el pensamiento liberal y las políticas revolucionarias. El Estado aparece impersonal, reglamentado y con poder representativo del pueblo. Se tiene en cuenta dentro de la economía del estado la jubilación como un derecho adquirido, y con el aumento de las expectativas de vida, se entiende que la persona mayor, aunque no produce, es importante mantenerlo como consumidor.

#### Mundo contemporáneo (1789-actualmente)

La cultura tecnocientífica y su progreso es la que ha influenciado mayoritariamente a los mayores. Este desarrollo ha producido el envejecimiento de la sociedad, unido a la disminución de los niveles de fecundidad. En una época donde se hace culto a la moda, se busca la belleza y la juventud eterna, y se desata el consumismo donde lo desechable, lo viejo y lo que no sirve se tira, no produce un entorno favorable para las personas mayores. Además, la familia se disgrega y se deja a las personas mayores en soledad.

Se podría resumir este apartado introductorio del trabajo, afirmando que ya desde la antigüedad, el envejecimiento se ha considerado una etapa de aproximación a la muerte, apartando incluso a las personas mayores a un segundo plano, destacando a la juventud como la etapa más importante. Aunque en algunas sociedades antiguas obtuvieron mejor reconocimiento (sobre todo en aquellas donde se les consideraba sabios y poseedores de la memoria colectiva), se reflejará a lo largo del trabajo, cómo se ha ido modificando esa imagen de la persona mayor hasta establecerse en las sociedades del siglo XXI.

## **EL CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO. LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD ACTUAL. ESPERANZA DE VIDA Y LONGEVIDAD.**

*“Los que en realidad aman la vida son aquellos que están envejeciendo”.*  
Sófocles

### El proceso de envejecimiento. Concepto

El envejecimiento es un fenómeno inherente a todo ser humano, y que se encuentra presente desde la concepción hasta la muerte. A pesar de ser algo natural, no es fácil aceptarlo. Actualmente se considera un reto de salud pública mundial, con cambios en la pirámide poblacional para las que los países no se encuentran del todo preparados, por sus consecuencias tanto sociales como sanitarias. Por lo que se hace importante y necesario conocer el propio proceso de envejecimiento para poder abordarlo desde las diferentes perspectivas. (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Las definiciones que existen del envejecimiento son numerosas, aunque se hace difícil precisar su concepto general.

Autores como Lehr, Laforest, Gómez y Curcio coinciden en que “es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todas las personas”. Por otro lado, la OMS lo define como un Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (Alvarado García y Salazar Maya 2014, párr.5).

Al proceso de envejecimiento se le han atribuido otros conceptos relacionados como vejez, ancianidad, tercera edad, e incluso discapacidad. Las cuales tienen otras explicaciones y connotaciones, algunas incluso negativas.

Existen varias teorías que han intentado explicar de qué manera se vive el proceso de envejecimiento, según los trabajos de Alvarado García y Salazar Maya (2014):

Las teorías biológicas explican que envejecer es una consecuencia natural de todos los seres vivos, con un desgaste de los órganos y sistemas corporales.

Las teorías psicológicas ponen su atención en aspectos de personalidad, aspectos cognitivos y estrategias de manejo. Se destaca la teoría de desarrollo de Erikson (1950) el cual expone que la etapa de la vejez se produce desde los 65 años en

adelante, y se tienen en cuenta factores culturales e individuales, y donde aparecen como principales virtudes la prudencia y la sabiduría, y la integridad frente a la desesperación. Otra teoría que se plantea es la teoría de la continuidad, donde se enfatiza que no hay una separación entre la adultez y la adultez mayor, sino que más bien se produce que se prolonguen los proyectos, hábitos de vida, y las experiencias, manteniendo el propio sistema de valores de la persona y adaptándose a las dificultades.

Las teorías sociales tratan de entender y predecir cómo los mayores se adaptan satisfactoriamente a la sociedad. Se encuentran la teoría de la disociación o la desvinculación, la cual considera un modo de adaptación a la vejez que la persona mayor se retire de la interacción social. A través de la mayor preocupación por sí mismo, acepta su retiro y trata del cuidado de sí mismo.

La teoría de la actividad confirma que es necesario para la autorrealización y el buen envejecimiento, que exista un alto grado de participación, produciéndose así mayor adaptación y satisfacción ante la vida.

Además, el envejecimiento se encuentra influido por el sufrimiento que se ha padecido durante la vida, las enfermedades, el modo de vida que haya tenido esa persona, los factores de riesgo, los factores ambientales y la genética.

Aparece la gerontología como campo de estudio, que tiene como objetivo conocer los aspectos de la vejez y a su vez el desarrollo del envejecimiento en todas sus dimensiones y explicarlo como un proceso que forma parte del ciclo de la vida, con el objetivo de que las personas vivan no más años, sino con mejor calidad de vida y felicidad.

### La vejez y su concepto. La vejez en la sociedad actual

La vejez, al contrario que el envejecimiento, se consideraría una situación social. Es la última etapa de la vida al que se llega con el paso de los años y donde la persona alcanza su madurez a través de todas las experiencias adquiridas a lo largo de su vida. Es decir, es el conjunto de procesos que forman parte del envejecimiento como tal (Alvarado García, *et al.*, 2014). Además, en ella, aparecen estados de salud variados y complejos, que se conocerían como síndromes geriátricos, los cuales son consecuencia de factores relacionados como: úlceras por presión, caídas, fragilidad, etc. (OMS, 2018). Debemos considerar a la vejez como una etapa normal y también personal como el envejecimiento, en el proceso de la vida, ya que, desde que nacemos estamos envejeciendo. En los países desarrollados consideramos “personas mayores”, o “adultos mayores” a las personas que tienen 65 años o más. En cambio, en países en vía de desarrollo, se les considera a los que tienen 60 años o más.

Según la OMS, la población envejece a pasos acelerados:

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (OMS, 2020, párr.1)

Además, habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias:

Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres. (OMS, 2020, párr.3)

Observamos en la siguiente gráfica, cómo la proporción de personas mayores de 65 años en España va aumentando progresivamente desde el año 1975, con un pequeño descenso a partir del año 2002 hasta volver al mismo pico en 2010 y comenzar a ascender hasta encontrarse en el año 2019 en el mayor porcentaje desde el comienzo.

Indicadores Demográficos Básicos, Total Nacional, 65 y más años

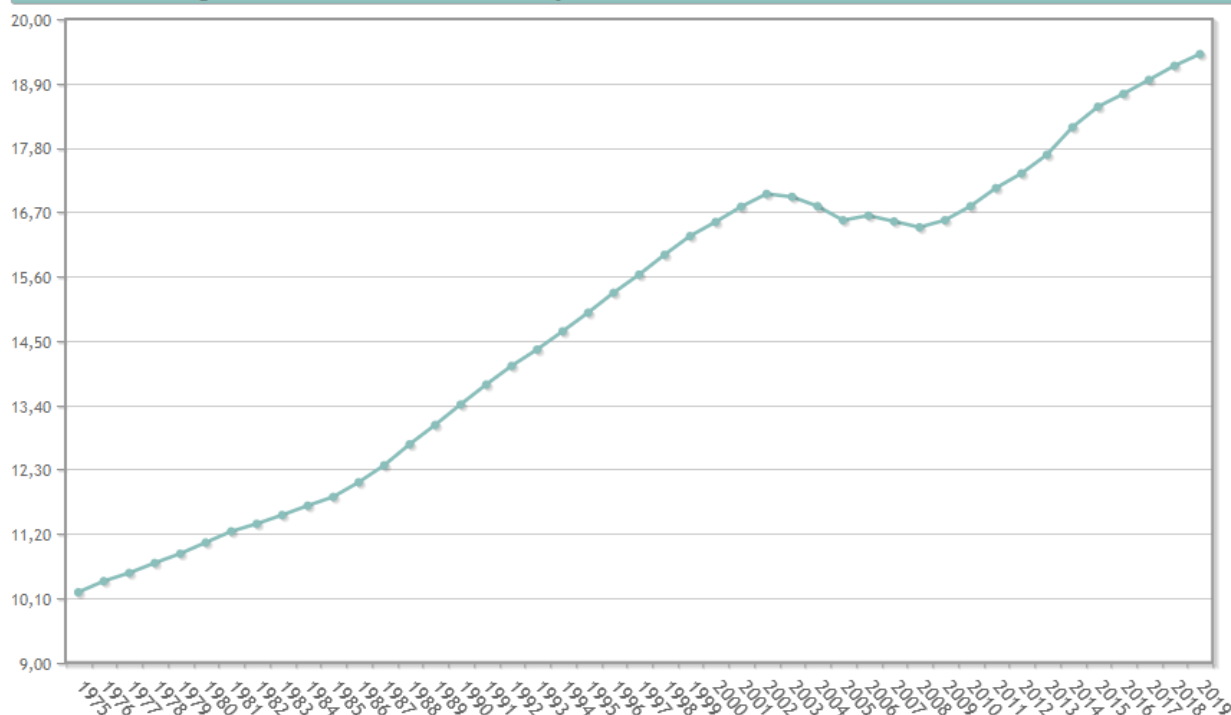


Gráfico 1: Proporción de personas mayores de 65 años en España, total nacional desde 1975 hasta 2019. Unidades: Porcentaje. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

### Esperanza de vida y longevidad

En la actualidad se está produciendo un aumento del envejecimiento de la población, causado por el aumento en la esperanza de vida debido a:

- Los avances tecnocientíficos.
- Aumento en el nivel de vida/estilo de vida.
- Factores demográficos como el descenso de la natalidad, una reducción de la mortalidad, feminización de la población mayor, etc.

La proporción de personas mayores de 60 años aumenta de forma rápida en comparación con otros grupos de edad en casi la totalidad de los países. El envejecimiento de la población se podría considerar un éxito desde el punto de vista del desarrollo social, económico y las políticas de salud, pero además produce un reto de adaptación para las sociedades, con el objetivo de mejorar la salud de los mayores, en favorecer su capacidad funcional y su seguridad.

Observamos en la siguiente gráfica, cómo la proporción de esperanza de vida al nacimiento en España según sexo va aumentando progresivamente desde el año 1975, quedando reflejada la feminización de la población mayor que aparece en la gráfica con una esperanza de vida considerablemente mayor que la de los hombres. Aumenta hasta encontrarse en el año 2019 en el mayor porcentaje desde el comienzo.

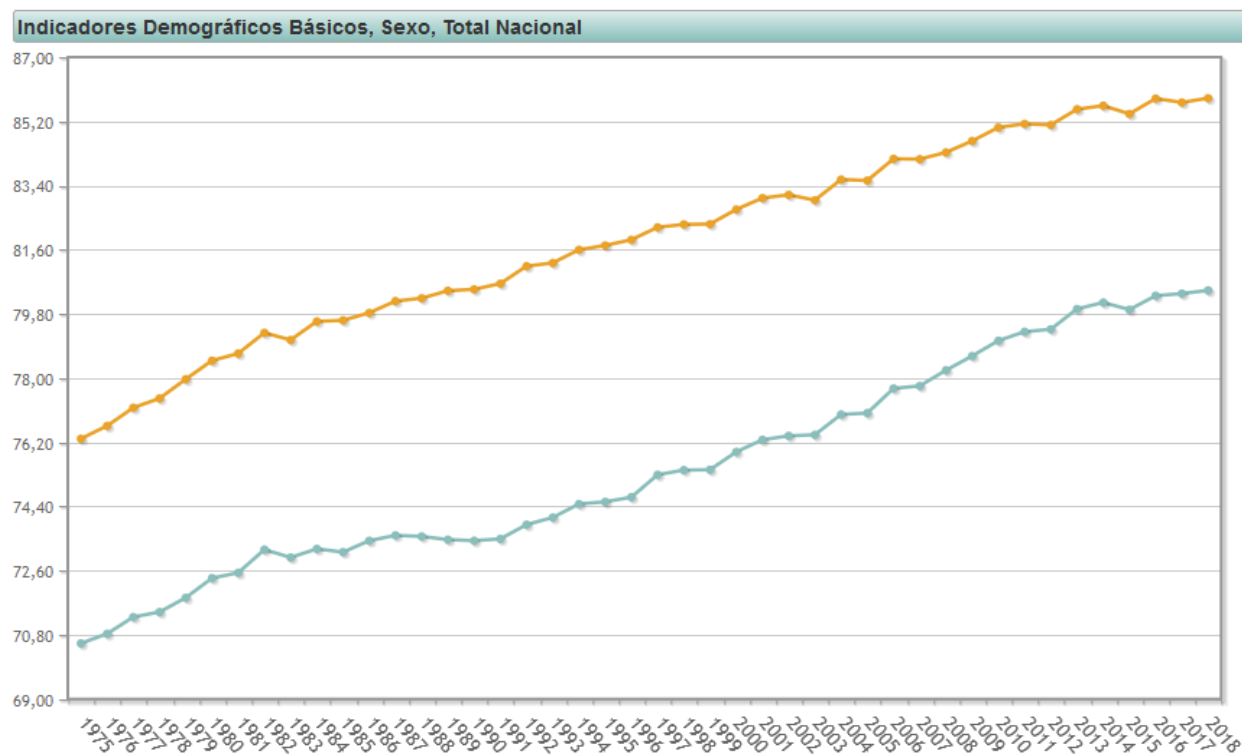




Gráfico 2. Proporción de Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo en España. Total nacional desde 1975 hasta 2019. Línea amarilla mujeres. Línea azul hombres. Unidades: años. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Observamos en la siguiente gráfica, la mortalidad proyectada desde 2018 hasta 2067 y cómo la proporción de esperanza de vida por edad y sexo en España continúa aumentando progresivamente desde el año 2018, quedando una vez más reflejado el aumento de la esperanza de vida y el fenómeno de feminización. Aumenta hasta encontrarse en el año 2067 en el mayor porcentaje desde el comienzo.

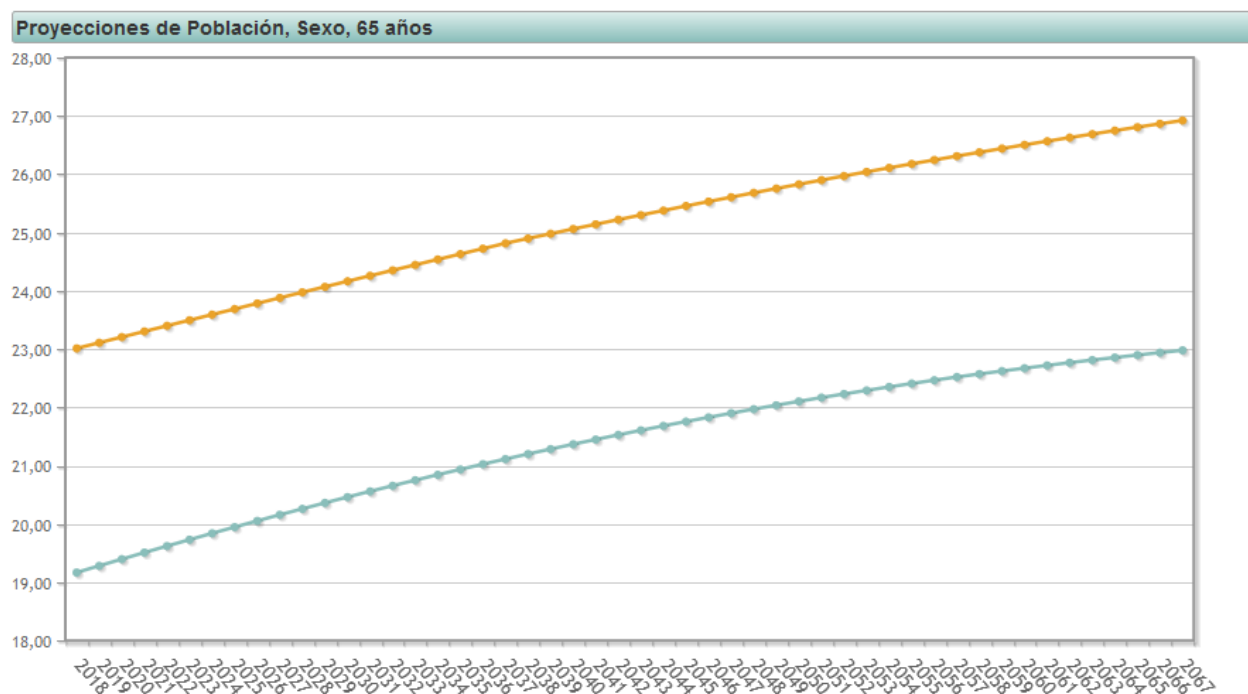


Gráfico 3. Tablas de Mortalidad proyectadas 2018-2067: Esperanza de Vida por edad y sexo en España. Línea amarilla mujeres. Línea azul hombres. Unidades: años. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Queda reflejado entonces que la longevidad, por tanto, es relevante en nuestra sociedad actual, y necesita de replanteamientos sobre todo desde el punto de vista sanitario, que debe analizar para su adaptación a esta realidad, tener en cuenta el aumento de las personas mayores, además de las variaciones en el estado de su salud, y cómo van evolucionando los costes de la asistencia sanitaria. El ámbito sanitario plantea conflictos éticos respecto a los avances de diagnóstico y tratamiento que se aplican a las personas mayores, produciendo que se afecte su calidad de vida y que no se respeten los principios bioéticos. Además, éste incremento de esperanza de

vida no solo plantea estos problemas de tipo sanitario, sino además sociales, económicos, y éticos, que deben ser atendidos.

### ***¿ENVEJECEMOS IGUAL? PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS.***

*“No puede haber cosa más alegre y feliz que la vejez pertrechada con los estudios y experiencias de la juventud”.*

*Cicerón.*

#### ¿Envejecemos igual?

Según se encuentra recogido en el Portal Mayores (2012), la etapa de transición de la adultez, a la adultez mayor, es un proceso que se encuentra más marcado por los aspectos psicológicos (el marcador cronológico de los 65 años conlleva, por ejemplo, la jubilación laboral) que por los biológicos. Es, por lo tanto, diferente para todas las personas, y un momento en el que se conforma una nueva imagen propia. Además, cada persona envejece de manera diversa (con diferentes velocidades, diferencias físicas y emocionales, etc.) y aunque se comparte el mismo ciclo vital, este proceso, se individualiza.

#### Prejuicios y estereotipos

Los prejuicios que se encuentran en la sociedad van generando una creencia que se va transmitiendo entre generaciones y hace que la vejez esté condenada a involucionar y que se rompan valores anteriores provocando rencor a todo lo que esté relacionado y que refleje la ancianidad. Tal y como destaca Salvarezza (2002), citado por Moreno Toledo (2011, p.4): “estas actitudes permiten culpabilizar a la víctima del sesgo presente en ese conocimiento prejuicioso.”

<b><i>ESTEREOTIPOS</i></b>	
Asexual	Patológico
Regresivo	Incompetente
Rígido	Aislado
Infantil	Inactivo
Enfermizo	Pasivo

Vetusto	Agónico
Pobre	Limitado
Tradicional	Conservador

Tabla 1. Adjetivos estereotipados del ciclo de la vejez. Fuente: Elaboración propia con la información de la bibliografía correspondiente, citado por Moreno Toledo (2011).

Entre los estereotipos más habituales, presentados desde el Portal Mayores del Imsero (2004) encontramos los siguientes:

1. Las personas mayores no aprenden cosas nuevas. Actualmente, es indudable que las personas mayores aprenden nuevas habilidades, como, por ejemplo, la adaptación a un entorno que cambia como es el de las nuevas tecnologías.

2. Las personas mayores deben dejar de trabajar. Esta creencia es muy común en la sociedad, ya que, se considera que los mayores de 65 años no deberían continuar trabajando porque sus capacidades se encuentran limitadas. Las investigaciones han demostrado que las personas mayores de 65 años no solo pueden continuar trabajando, sino que, además, el trabajo lo realizan igual o mejor que las personas jóvenes, gracias a los conocimientos y las habilidades de la propia experiencia.

3. Las personas mayores no se enfrentan a los cambios del proceso de envejecimiento. Como hemos comentado anteriormente, no todas las personas envejecen de la misma manera. Se concluye que la mayoría de las personas mayores se enfrentan exitosamente al envejecimiento, y cada vez más, se encuentran más conscientes sobre cómo y de qué forma envejecer de forma más activa y positiva.

4. Las personas mayores no tienen relaciones sexuales.

Al contrario de lo que se presenta como idea común en la sociedad, las personas mayores sí tienen relaciones sexuales, y ésta se mantiene a lo largo de la vida. No se pierde el interés sexual (aunque podría verse influenciado por la viudedad, enfermedades incapacitantes, fármacos, etc.). Se considera necesario adaptarse a los cambios fisiológicos y además adoptar una actitud positiva respecto a la sexualidad.

5. Las personas mayores tienen mala adaptación a los cambios y son rígidos.

Queda claro que la propia personalidad se mantiene a lo largo de la vida. Al igual que cualquier persona, los mayores sí se adaptan a los cambios, a través de las habilidades de afrontamiento, y con la ventaja, de su experiencia previa.

6. Las personas mayores están solas y aisladas.

Esta idea es una de las más extendidas en la sociedad actual, en cambio, se afirma que las personas mayores tienen buenos apoyos sociales y buenas relaciones. En comparación con la juventud, esta red es menos extensa (sus amistades fallecen, además de las parejas) pero cuentan con la compañía de los hijos y las familias.

7. Las personas mayores son frágiles, enfermas y dependientes.

Es cierto que las personas mayores padecen patologías crónicas. Y a pesar de ello, mantienen un buen nivel funcional para las actividades de la vida diaria, pueden ser autónomos y vivir solos. Además 3 de cada 4 personas, al preguntarles sobre la percepción sobre su salud, consideran tener un buen estado de salud.

8. Las personas mayores presentan problemas de memoria.

Es cierto que con la edad aumentan las pérdidas de memoria, aunque la mayor parte se debe a aspectos como: motivación y atención a la hora de hacer las tareas, velocidad en la realización de varias tareas a la vez, etc. No afectando al desarrollo de la actividad diaria normal. Los trastornos depresivos o relacionados con el sueño influyen de forma negativa en la memoria, que, al tratarlos, se revierte el problema. Los fallos de memoria se presentan como la queja más subjetiva, provocando a su vez, el temor por padecer deterioros cognitivos, que no se evidencian a través de las pruebas diagnósticas.

Los mayores pueden realizar actividades mentales con igual capacidad respecto a las personas jóvenes, adaptadas a las exigencias de la edad. Al estimularlos para realizar tareas, se desarrollan habilidades nuevas que sustituyen las que se han quedado mermadas debido a la edad. Además, se debe tener en cuenta como factor importante, la formación previa de la persona mayor, como pieza clave para conseguir mantener o desarrollar capacidades.

9. Las personas mayores son todos iguales.

Percepción totalmente errónea ante un grupo que representa la mayor parte de la sociedad, y, por tanto, donde existe una mayor variabilidad interindividual, biológica, psicológica, social, cultural, etc.

Palmore (1990) citado por Portal Mayores (2004), señala las características básicas de los estereotipos que forman la base del edadismo. Según este autor, algunas son:

- El estereotipo, provoca una visión muy exagerada de pocas características, alterando la realidad.
- Algunos estereotipos se han inventado sin base real, y al tener una parte de verdad, se valoran como razonables.
- En estereotipos negativos, se omiten las características positivas, o no se declaran de forma suficiente.
- Los estereotipos no enfatizan ni reflejan tendencias comunes compartidas u otras características positivas de las personas.
- Los estereotipos no dan información sobre los motivos o las causas de la tendencia a las que se refieren.
- Los estereotipos no facilitan el cambio.
- Los estereotipos no facilitan la observación de la variabilidad interindividual.

***DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE EDAD Y EDADISMO. CONCEPTOS Y DEFINICIONES. CONSECUENCIAS DEL EDADISMO. ¿CÓMO COMBATIR EL EDADISMO? RESPETO A LA DIGNIDAD.***

*“Olvídese de cumplir años y empiece a cumplir sueños.”*

*F.Javier González.*

Discriminación por razón de edad y edadismo. Conceptos y definiciones

Tal y como cita Luis Melero (2007, p.38) el término ageismo fue acuñado en 1968 por Robert Butler como “un proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores, del mismo modo que el racismo y el sexismo, lo hacen con el color de la piel y el género.”

Desde el punto de vista de la Fundeu BBVA (2014) se señala que:

*“Edadismo, y no edaísmo, ni el préstamo del inglés ageísmo, es la alternativa válida en español para expresar la discriminación por (razón de) edad”. (párr.2).*

“*Ageísmo* es un préstamo del término inglés *ageism*, que en 1968 se utilizó por primera vez para referirse a la discriminación por razón de edad, y más específicamente a la que sufren las personas mayores.” (párr.2)

Como categoriza Salvarezza (2002) el *viejismo* es una conducta compleja, determinada por la población para devaluar consciente e inconscientemente el estatus social de la ancianidad. Del mismo modo Busse (1968) considera el *viejismo* como una negativa y estereotipada percepción del envejecimiento y las personas de edad. Siguiendo de nuevo a Butler (1968), el contenido de estas actitudes subyace a un miedo y rechazo al envejecimiento, a la capacidad de aceptar el proceso de envejecimiento como una etapa más de la vida, lo que causa una continua contradicción con los valores narcisistas y eficientes de la juventud. (Moreno Toledo, 2011, p.3)

Tal y como se ha recogido en el Portal Mayores (2004): “Ha llegado a ser considerado un sinónimo de la “gerontofobia” en el Informe del Defensor del Pueblo (2000), en referencia a la atención sociosanitaria en España.” (pp.48-49)

El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (Butler, 1980; Stallar *et al.*, 2002). Este tipo de actitudes está presente en la sociedad occidental actual (Palmore 2001), probablemente incluso en mayor medida que el sexismo y el racismo, aunque es mucho más difícil de detectar (Levy y Manaji, 2002a), y pueden ser mantenidas incluso en mayor medida por las propias personas mayores (González *et al.*, 1990), aunque hay estudios que indican lo contrario (Molina, 2000). (Losada Baltar, 2004, p.3)

### Consecuencias del edadismo

Según el trabajo de Losada Baltar (2004), como consecuencia del edadismo, podemos decir que las personas mayores tienden a la adopción de la propia imagen negativa que la sociedad discriminatoria refleja respecto a ellos, y, por tanto, se comportan de acuerdo a esta imagen sesgada, además de establecer lo que deben o no deben hacer. Cuando esto sucede, y las personas mayores establecen esa imagen como una proyección de su realidad, se favorece que se produzca una pérdida de independencia prematura, aumento del índice de depresión, mayor discapacidad y además una mortalidad anticipada. Este suceso podría ser una especie de “profecía autocumplida” y se establece como uno de los mecanismos que producen un exceso de incapacidad.

Es importante destacar que la percepción que tienen las personas respecto al envejecimiento influye en los años de vida, como así se ha demostrado en un trabajo de investigación (Levy *et al.*, 2002b) donde se concluye que las personas que tienen una percepción positiva del envejecimiento viven 7,5 años más que las personas que tienen una percepción negativa, además de que las diferencias se mantienen aun controlando variables como el aislamiento, nivel socioeconómico y la salud funcional.

En el ámbito sanitario se encuentran consecuencias tales como la utilización de pautas terapéuticas distintas dependiendo del grupo de edad de forma no justificada. Además de que la población mayor se encuentra mucho menos representada en los ensayos clínicos, con las consecuencias de que no se desarrollen ni planifiquen intervenciones específicas para ese grupo de edad. Además, desde el punto de vista de la salud mental, se encuentra que la atención a las personas mayores con problemas psicológicos está limitada. Establecer que la depresión y la tristeza son comunes y normales al envejecimiento, producen que se dificulte o incluso se imposibilite que se diagnostique a esa persona mayor de depresión y como consecuencia de ello, no se lleven a cabo las intervenciones necesarias, además de reducir las derivaciones a profesionales de salud mental.

El edadismo también se refleja en el trato que reciben las personas mayores en las distintas instituciones tanto públicas como privadas. Como, por ejemplo, en las pautas de comunicación que se establecen con las personas mayores, en términos de “habla patrón” o “hablar como a los niños”, además de llevar a cabo actitudes paternalistas. Se establece entonces que estas instituciones fracasan en las necesidades de afiliación y apoyo social de los mayores. (Bárcena Calvo, *et al.*, 2009).

Kayler DeBrew, J. (2016), establece en su estudio, que muchas enfermeras prefieren no trabajar con personas mayores, y lo eligen como último recurso. Además, considera que la baja formación en geriatría y experiencias negativas en el trabajo con personas mayores produce discriminación por edad hacia las personas mayores por parte de los profesionales sanitarios. Además, esta discriminación puede afectar de forma negativa a la hora del trato asistencial de la enfermera con el paciente mayor, llevando a ignorar hallazgos fundamentales, relacionando signos y síntomas de enfermedad al propio proceso de envejecimiento y pasando por alto indicadores que se deben constatar.

La OMS también habla del edadismo y sus consecuencias (OMS, 2016a):

La OMS llevó a cabo en el año 2016 un análisis de las consecuencias del edadismo en la salud de las personas mayores a través de la encuesta World Values Survey que se realizó a más de 83.000 personas en 57 países, y donde se concluyó que el 60% de los encuestados opinaban que a las personas mayores no se les daba el respeto que se merecen. Esto, en palabras de John Beard, director del Departamento de

Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS, es una confirmación de que el edadismo es un fenómeno ampliamente extendido. Y esta actitud negativa, tal y como se ha comentado anteriormente, repercute en la salud física y mental de las personas mayores

El día Internacional de las Personas mayores es el 1 de octubre y para la OMS en 2016 fue una oportunidad para realzar la importancia de la contribución de las personas mayores a la sociedad, además de concienciar respecto a los problemas y metas del envejecimiento en la sociedad actual. El lema escogido en ese año fue “Actuemos contra el edadismo”.

### ¿Cómo combatir el edadismo?

El objetivo de la lucha contra el edadismo debe centrarse en mostrar a todas las generaciones una nueva forma de entender el envejecimiento. A través de la aceptación de la diversidad de la experiencia en la vejez, reconociendo las inequidades y que hagamos una reflexión sobre cómo podría hacerse de otra manera mejor.

Entre las medidas que se recogen en el Informe mundial sobre Envejecimiento y Salud de la OMS, se encuentran las siguientes (OMS, 2018):

- Realización de campañas comunicativas que lleguen a los medios de comunicación, la sociedad en general, gobiernos, y empresas, para que conozcan y comprendan más sobre el envejecimiento.
- Elaborar una legislación específica que luche y elimine la discriminación por motivos de edad.
- Una visión equilibrada del envejecimiento a través de la información que emiten los medios de comunicación.

Además, desde el Portal Mayores del Imsero (2004), se establece que los profesionales sanitarios deben revisar la percepción y actitudes hacia las personas mayores, con el objetivo de prevenir sus consecuencias. Se debe llevar a cabo una mayor educación y formación, sobre todo en salud mental, en el grupo de profesionales sanitarios que atienden o atenderán a las personas mayores, ya que se ha observado que no hay una suficiente formación para dar una respuesta adecuada a los problemas emocionales de los mayores. Además de que se podrían llevar a cabo experiencias de contacto real con personas mayores, tal como consta que realizaron Abengózar *et al.* (1999), Rasor-Greenhalgh *et al.* (1993) y Damron-Rodriguez *et al.* (1998), a través de las cuales consiguieron cambios respecto a una visión positiva de las personas mayores en estudiantes y profesionales sanitarios en formación. Con estos cambios,



las personas mayores saldrían beneficiadas tanto respecto a su salud, como a una mayor independencia y con esto una disminución de las ratios de institucionalización, y con ello una reducción de costes sociales y médicos en la atención a este grupo. Es necesario también educar y formar a las propias personas mayores y sus familias.

Por otra parte, la Unión Democrática de Pensionistas De España (Mayores UDP) citado por la revista 65 y más (2020), expone una guía para conocer el uso correcto del lenguaje contra el edadismo y los estereotipos.

- Los términos correctos serían: personas de edad avanzada, mayores y personas mayores.
- No se debe usar palabras como: pasivos, cargas, viejo, abuelo, anciano, etc. Serían términos llenos de prejuicios y peyorativos que se alejan de la realidad de las personas mayores.
- Tampoco se deben usar palabras en términos de propiedad: no sería correcto decir “nuestros mayores”.
- No generalizar: no podemos referirnos en términos de todas las personas mayores. Utilizar términos como, por ejemplo, una parte del colectivo de personas mayores.
- Visibilizarlos como fuentes de opinión e información.

Según el estudio de Ortiz-Rubio, *et al.* (2019), se obtuvo en el año 2013 en la encuesta de Mid-Staffordshire la necesidad vital de implantar y llevar a cabo programas formativos y educativos relacionados con la persona mayor en los estudiantes de profesiones sanitarias, como hemos comentado anteriormente. Aplicar éstos programadas durante la formación universitaria redundarían de forma positiva en las actitudes de los profesionales sanitarios, y con ello, en la calidad de la atención al paciente.

De la misma manera Fernández, *et al.* (2017), apuntan en su estudio, a que, como potenciales causas de discriminación del mayor en futuros odontólogos, sean las facultades con poca presencia de profesionales que sean expertos en la geriatría, además con estudios que han presentado imágenes y aspectos negativos en relación con el envejecimiento, que, a la hora de trabajar con niños y jóvenes, se obtiene mejor reconocimiento profesional, etc. Los autores plantean medidas (muy relacionadas con las planteadas con los anteriores autores) para mejorar la situación como: desarrollar contenidos formativos relacionados con la geriatría a lo largo de la formación universitaria, promover el contacto con las personas mayores durante esa formación, o capacitar a profesores que sean expertos en la geriatría.

Kayler DeBrew, J. (2016), plantea en su estudio, que el conocer el propio proceso de envejecimiento, y una mayor compasión, es asociada con menos discriminación por

edad. En relación con los estudios anteriores, plantea que las enfermeras deben examinar su propia inclinación al trabajo con personas mayores, asistiendo a cursos de formación específicos, además de mantener contactos e interacciones tempranas con los mayores, y llevar a cabo un aprendizaje transgeneracional. Alcock *et al.* (2011) citado por Kayler DeBrew, J. (2016, p.47) descubrieron en un estudio etnográfico, que personas mayores y jóvenes que participaron semanalmente de forma conjunta en actividades, cambiaban las actitudes hacia las otras generaciones, reforzando así el sentimiento de comunidad. La autora además plantea en su estudio, que las enfermeras que trabajan en geriatría no solo necesitan formación, sino además apoyo de sus directores, incluso siendo correcto considerar a la hora de evaluar la inclinación de las enfermeras al trabajo con personas mayores, el cuestionario sobre envejecimiento de Paltrow.

### Respeto a la dignidad.

Según el trabajo llevado a cabo por Bárcena Calvo *et al.* (2009), es necesario enfatizar la importancia de la dignidad de las personas mayores y, luchar por una mayor protección de la misma. Los conceptos de dignidad y respeto son reconocidos como fundamentales por cualquier ser humano, las personas mayores, desgraciadamente, los etiquetan como insuficientes, como carentes de existencia.

Las personas mayores relacionan la dignidad con: el derecho a ser tratados con igualdad, el derecho a la elección de cómo quieren vivir, cómo morir, y cómo ser cuidados, el derecho a poder tener el control en las decisiones relacionadas con su propia salud, y el derecho de mantener su autonomía sin ser una carga para sus familias y sin sentirse solos.

A su vez relacionan que su dignidad se ve “rota” cuando: mueren en soledad, se les obliga a realizar actividades en horas que se les dicta, se les trata en modo impersonal, se les excluye de las conversaciones, se les trata como a niños, se les viste mal, no se protege su intimidad en el baño, no se les dirige la palabra, o se utilizan términos como “cariño” o “amor” en vez de su nombre de pila.

Para poder vivir dignamente, es necesario que las personas mayores no pierdan su autoestima, ya que, como se comentó en el apartado anterior, esto produce sensación de inutilidad, estorbo, carga para los demás y desprecio que puede conducirlos hacia la depresión.

Debemos tener en cuenta que las personas mayores no sólo tienen derechos, sino también necesidades y tenemos que ser sensibles ante ello, protegiendo, cuidando y respetando su autonomía y su dignidad. Y además de eso, mejorar nuestra

comunicación, aportarles afecto, y darles una asistencia más humanizada y menos tecnificada.

Además, la ética en la asistencia sanitaria y la dignidad es importante en la relación sanitario-paciente, porque debe de estar presente tanto a la hora de decidir entre la vida y la muerte cuando hay situaciones que impiden que la vida se pueda prolongar de forma indefinida, como en cualquier decisión y actuación sanitaria.

Una vida digna y con calidad, es una vida donde las personas se sienten realizadas, y a su vez donde los objetivos y expectativas van cumpliéndose. Los derechos humanos establecen una base para que una vida sea considerada digna y a su vez realizada. La felicidad facilita que la persona crezca hacia su propia realización.

El camino correcto para que se pueda alcanzar y además aumentar la dignidad de las personas mayores, se puede llevar a cabo con la participación de todos:

Una sociedad humana y ética, aunque no tenga la responsabilidad de poder hacer feliz a los demás, sí que tiene la obligación de eliminar los obstáculos para que cada persona pueda llevar a cabo su propio proyecto de vida y de felicidad. Las personas mayores personifican la tradición, la cultura, la historia y ese conocimiento al que no debemos renunciar, y se merecen la atención y el reconocimiento de la sociedad.

Los profesionales sanitarios, en cuanto al cuidado de las personas mayores, no deben olvidar los principios éticos, como el respeto a la autonomía y la confidencialidad, actuar con beneficencia, no maleficencia y siendo justos con la repartición de los recursos. No se puede olvidar además acercar la empatía en el trato al paciente mayor. La orientación ética se debe enfocar en estar centrado en la persona como individuo único e irrepetible, el ser conscientes de la dignidad de los pacientes, protegiendo además su privacidad, promoviendo la capacidad, e independencia para el autocuidado. Además de detectar y luchar contra el edadismo.

Me gustaría destacar entonces, tal y como señala Moratalla, citado por Bárcena Calvo *et al.* (2009, p.51): “La ética de los mayores no puede ser únicamente una ética de derechos, sino una ética de responsabilidades, cuidados y afectos.”

### **LA LEGISLACIÓN Y LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS MAYORES**

*“Negar a la gente sus derechos humanos es desafiar su propia humanidad.”  
Nelson Mandela*

Desde el punto de vista legal, la protección a las personas mayores, y la protección de su salud, y en general la no discriminación, se recoge en muchas leyes que se

exponen

a

continuación.

*La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, recoge:*

En su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”

En su artículo 2: “Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

*La Constitución Española de 1978, expone:*

En su artículo 10 recoge: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.

En su artículo 14 recoge que: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”

*La Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario del 2003, recoge:*

En su artículo 2: “La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.”

En su artículo 3: “Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español “.

*En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se expone:*

En su artículo 1: “La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia “.

En su artículo 3: “La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley”.

En su artículo 4: “A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.”

En su artículo 34: “Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.”

*La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2010:*

En su artículo 1: “La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida”.

En su artículo 21: “Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.

*Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública:*

El artículo 1 establece como objeto de la ley, “establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas”.

El artículo 6 (derecho a la igualdad) establece que: “todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

**LA SALUD EN LA VEJEZ. ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SALUDABLE Y CON CALIDAD DE VIDA.**

*“La primera obligación de todo ser humano es ser feliz, la segunda hacer feliz a los demás”.*

*Mario Moreno.*

La salud en la vejez.

Una de las principales preocupaciones de las personas mayores es la salud, a la cual le otorgan una relevancia especial, por encima incluso de otros aspectos de la vida. La satisfacción de los mayores se encuentra estrechamente relacionada con el tipo e intensidad de su dependencia o autonomía funcional. (Adela Herrera y Andrés Guzmán, 2012).

La definición de salud no es tarea fácil, y durante años se ha aceptado y admitido que tener salud es equivalente a no estar enfermo. Por el contrario, la definición que hace la OMS de la salud es: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s.f, párr.1).

Las características de los estados de salud y funcionalidad de las personas mayores abren el planteamiento y preguntas sobre el significado de la salud en la vejez, además de cómo se mide y como se puede fomentar.

El Informe mundial sobre Envejecimiento y Salud de la OMS (OMS, 2016b), distingue como conceptos primordiales la capacidad intrínseca de las personas mayores, la cual combina todas las capacidades (tanto físicas como mentales) de éstos en un momento determinado y la capacidad funcional, que destaca la importancia del entorno en el que la persona mayor se encuentra y su interacción con él. Dicho entorno puede ofrecer recursos o presentar obstáculos limitantes, pero, aunque existan capacidades limitadas, se pueden utilizar los recursos de apoyo.

#### Envejecimiento activo, saludable y con calidad de vida.

Entonces se podría definir, tal y como consta en el informe, el envejecimiento saludable como un proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que a su vez permite el bienestar en la vejez. Para entenderlo, se debe tener en cuenta que la capacidad intrínseca y la capacidad funcional, varían con el tiempo, no son permanentes ni se mantienen constantes. Ambas disminuyen con la edad. También el envejecimiento saludable como experiencia, es propio de cada persona mayor, y esta experiencia será más o menos positiva. El objetivo común del envejecimiento saludable es el logro de la máxima capacidad funcional de la persona mayor

Es importante enfatizar que es necesaria una acción de salud pública que sea integral respecto al envejecimiento, con la atención centrada en el fomento y mantenimiento de la capacidad funcional o ayudando y permitiendo que si hay una disminución de la capacidad funcional esa persona logre llevar a cabo aquellas cosas que considere importantes.

Es entonces cuando la OMS refleja en su Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020 (OMS, 2017), diferentes actividades para llevar lo anterior a cabo, las cuales abordan cinco ámbitos prioritarios de actuación:

- Compromiso en el envejecimiento saludable. Se enfatiza la importancia de dar valor al envejecimiento saludable además de medidas sostenibles que lleven a cabo reforzar las capacidades de las personas mayores.
- Crear entornos adaptados a las personas mayores. Con esta actuación se exigirá la adopción de medidas que ayuden a eliminar la discriminación por edad, a la vez de que se permita la autonomía y se apoye en el envejecimiento saludable.
- Establecer uniones entre las necesidades de las personas mayores y los sistemas de salud. Se deben organizar los sistemas de salud de forma que se tengan en cuenta las preferencias y necesidades de las personas mayores, reforzando la capacidad intrínseca de los mayores. Fomentar la atención sanitaria universal y servicios de salud que se encuentren integrados y con el objetivo centrado en las personas.
- Mejorar las mediciones, comprensión y seguimiento. Es necesario que se lleven a cabo investigaciones más centradas, así como métodos analíticos y mecanismos de medición para abordar cuestiones que se relacionan con el envejecimiento.
- Establecer sistemas que ofrezcan atención crónica. Se necesitan sistemas de atención crónicas en todos los países. Fomentando, las infraestructuras, sistemas de gobierno y capacidad del personal. La labor de la OMS en este sentido se centra en reforzar la cobertura sanitaria universal, abordar enfermedades no transmisibles, etc.

Todo ello además ayudará a mejorar la calidad de vida, la cual debe abordarse desde un punto de vista multidimensional, ya que influyen en ella factores biopsicosociales que permiten que la persona se desenvuelva en el medio de forma positiva y feliz.

Me gustaría además destacar la guía de la OMS titulada “Ciudades globales amigables con los mayores” (OMS, 2016c): una guía, con un enfoque basado en el envejecimiento activo, y con el propósito de que haya un compromiso por parte de las ciudades en ser más amigables con la edad, obteniendo con ello el potencial que representan las personas mayores para las sociedades y la humanidad. Si una ciudad es amigable con los mayores promueve el envejecimiento activo, a través de facilitar

oportunidades de salud, seguridad y participación favoreciendo la calidad de vida de las personas a medida que van envejeciendo.



### 1.3 OBJETIVOS

- Analizar y describir del proceso discriminatorio en cuanto al trato sanitario de las personas mayores.
  - ❖ ¿Se podrían establecer las posibles causas del edadismo?
  - ❖ ¿Existe trato discriminatorio del adulto mayor en el ámbito sanitario?
- Analizar la legislación que interviene en el proceso discriminatorio de las personas mayores.
  - ❖ ¿La legislación protege a un colectivo considerado vulnerable como el de las personas mayores?
  - ❖ ¿La legislación puede actuar frente al edadismo, reduciéndolo o eliminándolo?
- Analizar los conflictos éticos que aparecen en el proceso discriminatorio en el trato sanitario de las personas mayores.
  - ❖ ¿Qué conflictos éticos existen en la asistencia sanitaria a las personas mayores?
  - ❖ ¿Se puede acercar la bioética a la resolución de los conflictos éticos en la discriminación sanitaria del adulto mayor?

## 2. METODOLOGÍA

### **Diseño:**

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática del tema a través de la búsqueda bibliográfica en bases de datos generales (Cochrane, SciELO, Dialnet, ScienceDirect) y específicas de enfermería (Cuiden) desde febrero de 2020 hasta mayo de 2020.

Se realizó también la búsqueda en páginas oficiales de organismos como la OMS, y el Comité de Bioética de España. Además, se ha recabado información sobre las fuentes legales y se han recopilado testimonios reales de personas mayores sobre el trato percibido en la asistencia sanitaria y cómo esto afecta a su dignidad.

### **Estrategia de búsqueda:**

Con el objetivo de afinar la búsqueda bibliográfica se han utilizado diferentes operadores booleanos con el uso de diferentes palabras clave a través de la pregunta de investigación.

#### *Pregunta de investigación:*

La pregunta enfermera de investigación (pregunta PICO) sería: ¿Existe evidencia disponible respecto a la discriminación por edad (edadismo) hacia las personas mayores en la asistencia sanitaria?

P: personas mayores.

I: discriminación sanitaria por razón de edad.

C: no se lleva a cabo comparativa con otras intervenciones.

O: existe discriminación por edad hacia las personas mayores en la asistencia sanitaria.

#### *Fuentes documentales utilizadas:*

Se consultaron las bases de datos de Cochrane, SciELO, Dialnet, ScienceDirect y Cuiden.

Los descriptores (DeCS) utilizados:

- Persona mayor
- Anciano
- Envejecimiento
- Discriminación

- Edad
- Edadismo
- Sanitario

Se combinaron los términos anteriores y se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

### **Estrategia de selección:**

Criterios de inclusión:

- Artículos en español.
- Artículos con texto completo
- Artículos que exponen la discriminación sanitaria de la persona mayor
- Población de estudio: humana
- Edad de la población: 60 años en adelante.

Criterios de exclusión:

- Artículos en inglés, francés, alemán.
- Artículos sin acceso a texto completo, o solo con resumen

### **3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

*“¡Envejece conmigo! Lo mejor está aún por llegar”.*

*Robert Browning.*

#### **RESULTADOS:**

A continuación, se exponen los principales resultados que se han clasificado en varios apartados que exponen cuestiones relevantes a considerar en cada uno de ellos. Posteriormente, en la discusión se plantean algunos epígrafes centrales para este trabajo que se han desarrollado de manera concisa, finalizando con uno dedicado a la actual pandemia, donde muchas de las cuestiones planteadas ya en este trabajo final de Máster antes de la actual pandemia, se han visto expuestos cruelmente durante estos meses.

#### *Discriminación por edad a personas mayores en tratamientos oncológicos:*

Se extrae de uno de los estudios elegidos y llevados a cabo en este ámbito (Estrella J.D., 2005), que afirma que:

Los pacientes varones jóvenes con cáncer de colon recibieron de forma más frecuente tratamiento curativo, al igual que quimioterapia curativa y quimioterapia paliativa, respecto a los pacientes mayores. Por otra parte, las pacientes mujeres jóvenes con cáncer de colon, recibieron de forma más frecuente, tratamiento con radioterapia curativa y con quimioterapia curativa, respecto a los pacientes mayores. Respecto al tratamiento llevado a cabo con radioterapia, ya fuera curativa o paliativa, la pauta de opiáceos y la derivación a medicina paliativa, no arrojó diferencias entre pacientes mayores y menores de 75 años.

Las mujeres jóvenes con cáncer de mama recibieron con mayor frecuencia tratamiento de quimioterapia y radioterapia curativa, en comparación con las pacientes mayores de 75 años, que recibieron con mayor frecuencia hormonoterapia curativa. Además, la derivación a medicina paliativa fue mayor en pacientes menores de 75 años. No se encontraron diferencias respecto al tratamiento con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia paliativa, ni tampoco en la pauta de opiáceos, entre las pacientes menores y mayores de 75 años

#### *Discriminación por edad a personas mayores en el acceso a Unidades de Cuidados Intensivos:*

Se extrae del trabajo de López-Messa (2005), diferentes estudios respecto a la atención de la persona mayor en los cuidados intensivos, que pueden arrojar luz a la hora de la toma de decisiones en estas unidades. Así, diferentes autores como, por

ejemplo, Somme *et al.* (2003) citado por López-Messa (2005, p.28) llevan a cabo un estudio donde se demuestra, que la edad no es un factor independiente de mortalidad en la UCI, aunque la mortalidad se incremente a los 3 meses de ingreso en ésta. Cohen *et al.* (1993) citado por López-Messa (2005, p.28), concluyen que la ventilación mecánica usada de forma prolongada en pacientes con edades superiores a 80 años muestra una escasa relación coste-efectividad. Ip *et al.* (1999) citado por López-Messa (2005, p.28) observan que existe una mortalidad de 68,1% para pacientes de más de 85 años donde, si se asocia al fallo de dos órganos llega al 86% y al 100% si se une el fallo de tres órganos o más. Respecto a estos datos, diferentes estudios citados por López-Messa, indican que la edad no es en sí misma un factor de limitación de ingreso en UCI o de aplicación de técnicas de soporte vital, siendo la gravedad del proceso y el deterioro del estado crónico de salud, los indicadores de peor evolución.

Así lo indica además el estudio de López-Soto, *et al.* (2009), que exponen que la gravedad de la enfermedad y la capacidad funcional del paciente al ingreso, son los factores que determinan la mortalidad y el pronóstico vital y funcional a largo plazo y no la edad como tal. Además, la prevalencia en personas mayores críticas (70%) es mayor que en las personas jóvenes (40%). Destacan, que escalas de medición de gravedad como el APACHE II pierden el poder de discriminar a los mayores respecto a los jóvenes, ya que, coexisten factores que no se incluyen en esas escalas como el estado funcional, que ya hemos comentado que es más relevante a la hora de establecer el pronóstico vital.

*Discriminación por edad a personas mayores en los ensayos clínicos con consecuencias en la prescripción de tratamientos farmacológicos:*

La revisión de Gavilán-Moral, *et al.* (2012) establece, que el consumo de fármacos se encuentra en mayor medida en la población anciana, los cuales se encuentran poco representados en los ensayos clínicos. Además, se excluye de forma sistemática de los ensayos a pacientes que presenten fragilidad, inmovilidad, múltiples comorbilidades y enfermedades terminales. Como ejemplos de ensayos clínicos de diferentes medicamentos, establece que:

Las estatinas en la prevención cardiovascular primaria: justificado únicamente por un ensayo clínico que se interrumpió de forma precoz y donde se realizó un análisis post hoc sobre un grupo de pacientes mayores de 70 años. Además, dicho estudio no incluyó personas mayores frágiles (la inmovilización y la enfermedad renal crónica moderada son excluyentes del ensayo). El estudio reveló que no existe beneficio clínico evidente en pacientes que no hayan presentado de forma previa eventos cardiovasculares, aunque se reduce el riesgo de morbimortalidad con origen cardiovascular. Mangin *et al.* (2007), citado por Gavilán-Moral, *et al.* (2012, p.164), al analizar posteriormente éste estudio, concluye que el descenso de la mortalidad

cardiovascular produce aumento de las probabilidades de morir por otras causas, como el cáncer. Las estatinas, cambian la causa de la muerte, pero no la evitan.

Los antihipertensivos: el estudio HYVET, también cancelado de forma precoz y realizado de forma exclusiva en mayores de 80 años, arrojó datos respecto a la Indapamida, que mostraron que disminuía de forma significativa la mortalidad, por debajo de cualquier otra causa. A pesar de ello, la relevancia clínica del estudio es baja y no se han visto demostrados sus beneficios en un metaanálisis que se llevó a cabo posteriormente. Éste estudio además excluye a personas frágiles, como principal debilidad (demencia, enfermedad renal, inmovilización, son criterios de exclusión del ensayo).

El artículo de López de Letona, *et al.* (2005) nos muestra cómo el uso irracional de fármacos es producido por la ausencia de estudios sobre el resultados de actos médicos. Siendo las personas mayores los que representan en España el 70% del gasto farmacéutico, y mostrando los estudios que existe un consumo excesivo de fármacos (media diaria de 4,5 a 8 fármacos por persona y día).

El proyecto europeo PREDICT, citado por Fernández, J.L (2010) (Fomento de la participación de la tercera edad en los ensayos clínicos) realizó en 2010 una investigación del motivo de la discriminación de la población mayor en los ensayos clínicos y comenzó con la elaboración de un manifiesto contra dicha discriminación. La búsqueda bibliográfica al respecto no produjo resultados posteriores, por lo que se sospecha que el objetivo del proyecto no terminó de llevarse a cabo. Destacar en relación con los ensayos clínicos la existencia en nuestro país de la Plataforma clínica del Hospital Universitario de Getafe (2017), donde se integran dos servicios: El Centro de Investigación Clínica en el Anciano (CICA) y el Laboratorio de Evaluación Multifuncional del Anciano (LEMA).

#### *Discriminación por edad a personas mayores en tratamientos cardiológicos:*

La Sociedad Española de Cardiología publicó una nota de prensa en 2013 (SEC, 2013), que presentaba el estudio español PEGASO, un metaanálisis observacional que estudió en 928 pacientes octogenarios con estenosis aórtica severa, los factores asociados a la elección del tratamiento y el posterior seguimiento a largo plazo. Las conclusiones del análisis fueron que más de la mitad de los pacientes octogenarios con estenosis aórtica severa fueron tratados mediante terapias conservadoras (tratamiento paliativo que no produce mejoría) cuando podrían beneficiarse del reemplazo valvular por vía percutánea. Los pacientes a los que se les aplica el tratamiento de reemplazo valvular por vía percutánea presentan una supervivencia a un año del 75%, al contrario de los pacientes a los que se les aplica tratamiento conservador, cuya supervivencia disminuye al 60%. Se establece entonces que la terapia de reemplazo valvular por vía

percutánea aumenta la esperanza de vida en un 25%, además considerándose como único tratamiento efectivo para revertir esa enfermedad, y tratamiento del cual actualmente, solo se beneficia un cuarto de esos pacientes.

*Discriminación por edad a personas mayores desde la percepción de los profesionales*

Ribera Casado, *et al.* (2016) llevaron a cabo un estudio de campo a través de un cuestionario *ad hoc* (Cuestionario EVE-D), con 28 ítems y elaborado por los autores donde se pregunta respecto a las actitudes edadistas en contextos sociales y médicos, (ANEXO I). Se realizó de forma voluntaria a 174 profesionales sanitarios, socios de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, donde el 63% eran mujeres, edad media de 45,67 años y con un tiempo medio de trabajo profesional de 17,2 años. El 59% eran médicos, 19% psicólogos/as, 5,5% trabajadores/as sociales, 4,8% enfermeras/os, y 12,1% otras profesiones sociosanitarias. Los resultados establecen que las 20 primeras situaciones de discriminación se informan de forma positiva por más del 60% de los profesionales. Es decir, que los profesionales que trabajan con personas mayores perciben esta discriminación directa e indirectamente, aparte de concebir tratos desiguales hacia ellos. Y esto ocurre no solo en los supuestos vinculados con la salud, sino, además, en los relacionados con contextos sociales.

Fernández, *et al.* (2017) llevaron a cabo un estudio de las actitudes de los alumnos de la carrera de Odontología de la Universidad de San Sebastián, en Santiago de Chile en la atención hacia las personas mayores, y cómo esas actitudes van a influir a la hora de la calidad prestada en la atención a la salud de ese grupo de edad en el futuro. Aplicaron la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (KAOP), que fue validada al español por Sampén Celis, *et al.* (2012), (ANEXO II). Los datos que se obtuvieron de la escala resultaron en que los 43 encuestados de 2º curso (32 mujeres y 11 hombres), alcanzaron la puntuación promedio de 129,88. En los 79 estudiantes encuestados de 4º año (57 mujeres y 22 hombres) se obtuvo un promedio de 133,09 puntos. En los 36 encuestados de 6º año (24 mujeres y 12 hombres) la puntuación promedio fue de 130,94. Al analizar al grupo en totalidad (158), la distribución por género resultó en un 28,48% de hombres (45) y un 71,52% de mujeres (113), y el promedio de puntuación KAOP de 131,04 y 132,00, respectivamente. La puntuación obtenida finalmente, se asocia a actitudes negativas.

Ortiz-Rubio, *et al.* (2019), llevaron a cabo un estudio muy relacionado con el anterior, para analizar las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Granada, en España. Aplicaron también la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (KAOP), completada de forma voluntaria por 109 estudiantes de terapia ocupacional, con edad media de 22,71 años, y con predominio del sexo femenino (74,30%). Los resultados de estudiantes de 3º año (41

mujeres y 18 hombres) muestran que se obtuvo una puntuación promedio de 143,34. En el grupo de estudiantes de 4º curso (10 mujeres y 10 hombres), se obtuvo una puntuación promedio de 143,90. Por tanto, se obtuvieron resultados con puntuación próxima al valor neutral (143,60). Además, no se obtuvieron diferencias por género en la puntuación total de la KAOP. En cambio, estudiantes que manifestaron en el estudio deseos de trabajar en el ámbito geriátrico a largo plazo (67,8% de estudiantes de tercer año, y 74% de estudiantes de cuarto año), presentan actitudes negativas hacia la persona mayor, ya que el ítem 15 presentó puntuaciones altas (La mayoría de los adultos mayores hacen que uno se sienta incómodo) por lo que, se puede encontrar relacionado con la presencia de actitudes negativas involuntarias hacia la persona mayor, aunque los resultados presentaran en promedio actitudes próximas a la neutralidad hacia las personas mayores.

## **DISCUSIÓN**

### **Análisis del edadismo en diferentes ámbitos sanitarios.**

La edad cronológica, se ha considerado condicionante en los diferentes ámbitos sanitarios, lo que produce una discriminación hacia las personas mayores tanto en el acceso a los tratamientos curativos oncológicos, como cardiológicos, ensayos clínicos, y además percibido por los propios profesionales sanitarios.

El tratamiento del cáncer de mama y colon se ha observado que se encuentra sesgado por la edad cronológica, causando además un rechazo desde el punto de vista oncológico, de llevar a cabo tratamientos hacia las personas mayores, aunque sus causas no son conocidas. Se extrae de uno de los estudios llevados a cabo en este ámbito (Estrella J.D., 2005) que efectivamente la edad es un factor discriminatorio cuando se van a llevar a cabo la administración de tratamientos oncológicos curativos. Con los resultados de que en el ámbito oncológico se produce resistencia a estos tratamientos, a pacientes mayores de 75 años. Se han llevado a cabo diferentes estudios donde se ha demostrado que la eficacia del tratamiento oncológico, y la incidencia de efectos secundarios a la quimioterapia, es similar en pacientes jóvenes y en pacientes mayores. Una investigación que resulta insuficiente y la poca representación de personas mayores en estudios clínicos, facilita que se continúe perpetuando el sesgo de la edad cronológica. Se debe tener en cuenta más que la edad cronológica, la edad biológica, y con ello considerar factores importantes como la dependencia, discapacidad, fragilidad y comorbilidad.

Algo que también sucede en otros ámbitos sanitarios como en el acceso a las unidades de cuidados intensivos (López-Messa, 2005), que respecto al análisis de la mortalidad de los pacientes mayores que tanto ingresan en UCI, como a los que se han sometido a ventilación mecánica, se debe tener en cuenta como criterios de peor



evolución el estado de salud actual del paciente y la gravedad de su proceso agudo. La edad no debe ser un factor que limite el ingreso en las UCI, o de que se lleve a cabo la aplicación de técnicas de soporte vital. Se debe valorar que, si el paciente mayor presenta un estado de salud aceptable, no ha declarado oposición al tratamiento, o el proceso es reversible, se deben aplicar los cuidados intensivos como si fuera una persona joven, teniendo en cuenta a su vez, que no se deben prolongar medidas terapéuticas que resulten ineficaces, ya que los tratamientos no son ilimitados en cuanto a sus resultados. López-Soto, *et al.* (2009) nos indica también y se concluye de su estudio, que al no ser la edad el factor determinante de la mortalidad, en comparación con el pronóstico funcional y vital a largo plazo, la edad no debe ser un factor de discriminación en el acceso a las unidades de cuidados intensivos.

Las personas mayores, además se encuentran poco representadas en los ensayos clínicos relacionados con la prescripción farmacológica, tal y como se ha concluido en los estudios de Gavilán-Moral, *et al.* (2012) y López de Letona, *et al.* (2005), estableciéndose de esta manera, una discriminación que no solo resulta negativa en este sentido, sino además peligrosa por la baja evidencia científica de su beneficio, y porque las guías clínicas de actuación no establecen pautas de actuación comunes para su prescripción, llevando consigo la consecuencia de una mala praxis. Además, los ensayos que se interrumpen de forma prematura pueden tender a una sobreestimación de los beneficios terapéuticos de los fármacos. Esta baja representatividad de las personas mayores en los estudios y, por tanto, de los resultados de actos médicos, produce que el consumo farmacológico lleve consigo altos índices de efectos adversos, además de mortalidad y una vez más pone en evidencia que existe una mala prescripción en la mayor parte de los pacientes mayores.

Se establece entonces, la relación entre la ausencia de ensayos clínicos en las personas mayores, como acto discriminatorio, que trae consigo además de esto, el riesgo que presenta la polimedicación.

Se pone de manifiesto también la discriminación por edad en el acceso a tratamientos cardiológicos. Además, la Sociedad Española de Cardiología en el año XXXX realizó un llamamiento a la concienciación de la población y al personal sanitario, a que no se discrimine a las personas mayores, y dejan claro que tienen el mismo derecho que los jóvenes a recibir un tratamiento correcto.

Además, es muy importante destacar la visión de los profesionales sanitarios, como uno de los primeros eslabones en la asistencia sanitaria a las personas mayores y que, por tanto, resulta importante a la hora de analizar la discriminación por edad. Así lo han estudiado Ribera Casado, *et al.* (2016), Fernández, *et al.* (2017) y Ortiz-Rubio, *et al.* (2019) y sus estudios establecen, que se hace evidente que, a pesar de la legislación

española actual, que rechaza toda discriminación por edad, se perciben en España por los propios profesionales actitudes edadistas en la asistencia a las personas mayores, además de tratos desiguales, concretamente en dichos estudios, en la atención sanitaria, y además en relación con actos generales y relacionados con la convivencia y el entorno de los mayores. Esta discriminación además traspasa nuestras fronteras y se produce en otros países como Chile, tal y como apunta el estudio de Ortiz-Rubio, *et al.* (2019). En cuanto al ámbito sanitario se discrimina desde el acceso a la detección precoz de enfermedades, indicaciones quirúrgicas, accesos a unidades especiales como unidades de cuidados intensivos, a la aplicación práctica de guías de actuación y protocolos para realización de diagnósticos y además tratamientos, como hemos comentado anteriormente, en ámbitos como la oncología y la cardiología.

Los autores Fernández Fernández, *et al.* (2017), exponen en su documento de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, que el paciente mayor no percibe del sistema nacional de salud español, una adecuación entre las necesidades asistenciales (influida por su multimorbilidad) y la atención que recibe, y esto se debe a que la previsión y gestión de los recursos disponibles es ineficaz, además de que los servicios no se ofrecen de forma adecuada ni por el profesional más adecuado. Y esto produce que se dañe el principio de equidad produciendo marginalidad y la propia discriminación de la población mayor, ocultándolo como problema social y realmente siendo un problema médico poco evaluado.

### **Análisis legislativo del edadismo en la asistencia sanitaria**

Se considera necesario respetar los derechos de las personas mayores, no solo en su calidad como tal, sino además como pacientes. Esto mantendría y mejoraría no solo su autonomía y el respeto a ésta, sino también su calidad de vida.

Son diversas las leyes y declaraciones que defienden la no discriminación de las personas en general, y por tanto de las personas mayores.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, recoge en sus dos primeros artículos, la libertad e igualdad en dignidad y derechos, además de la no distinción por cualquier condición, donde se incluiría la edad. Como también consta en la Constitución Española de 1978, que enfatiza en su artículo 10 la importancia de la dignidad de la persona, y los derechos inviolables que permiten el desarrollo de la personalidad como importancia para la paz social y el orden político. Además, rechaza en su artículo 14 la discriminación por cualquier condición o circunstancia, estableciendo la igualdad de todos ante la ley. La Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario del 2003 en sus artículos 2 y 3, recoge que la asistencia sanitaria se prestará en condiciones de igualdad y calidad, rechazando la discriminación, como titulares del derecho de esta protección a la salud los españoles y extranjeros con

residencia en el territorio español. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, expone en su artículo 1 la regulación de las condiciones básicas para la igualdad en la autonomía personal y atención a las personas dependientes, al igual que en sus artículos 3, 4 y 34, que establecen la universalidad en el acceso a las personas dependientes, la cual debe ser en condiciones de igualdad, no discriminación y accesibilidad. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2010, establece en su artículo 1 que la dignidad humana será respetada y protegida, siendo además inviolable. Prohibiendo en su artículo 21, toda discriminación por cualquier condición. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, indica en su artículo 1 el establecimiento de las bases para que los españoles puedan alcanzar y mantener el mayor nivel de salud posibles, y que además (en su artículo 6, de derecho a la igualdad), todas las personas tienen derecho a las actuaciones de salud pública sin que se produzca discriminación, entre muchas condiciones, por la edad.

Observamos a partir de la valoración de las anteriores leyes, declaración universal y cartas de derechos fundamentales, y después del análisis del edadismo en diferentes ámbitos sanitarios, que no se están cumpliendo los objetivos establecidos en ellas.

Con la discriminación del paciente mayor en el acceso a los tratamientos cardiológicos, oncológicos, de acceso a unidades de cuidados intensivos, etc. y de la asistencia sanitaria en general, se establece que se está cometiendo el quebrantamiento de estas anteriores leyes y derechos fundamentales. Desde vulnerar la dignidad, libertad, el incumplimiento de la atención universal y de las oportunidades de accesibilidad no discriminatorias, hasta la desigualdad en el acceso a servicios sanitarios y a las actuaciones de salud pública, provocando, por tanto, que sea difícil acceder al mayor nivel de salud posible, incluso el derecho a la protección de la salud.

Esta legislación, por consiguiente, manifiesta que bajo ningún concepto se produzca una discriminación, y con ello, pretende proteger y defender a las personas mayores.

### **Análisis bioético del edadismo en la asistencia sanitaria.**

¿Cuáles son los conflictos éticos que encontramos con mayor frecuencia en la asistencia sanitaria a las personas mayores?

CONFLICTOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS MAYORES	
Principio de beneficencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustitución en la toma de decisiones.</li> <li>• La tutela de los mayores</li> </ul>
Principio de no maleficencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El encarnizamiento terapéutico</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La eutanasia, suicidio asistido</li> <li>• Los abusos y malos tratos</li> <li>• Los cuidados paliativos</li> </ul>
Principio de autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado e información previa</li> <li>• Intimidad y privacidad</li> <li>• Confidencialidad</li> <li>• Testamento vital y voluntades anticipadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la competencia del mayor para la toma de decisiones</li> <li>• Ingresos/tratamientos involuntarios</li> </ul> </li> </ul>
Principio de justicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Discriminación sanitaria del mayor (edadismo)</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminación en la distribución de los recursos sanitarios</li> <li>• Derechos restringidos en tratamientos.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con la información de la bibliografía correspondiente enumerada, citado por Goikoetxea Iturregui (s. f.).

#### Análisis bioético del edadismo en relación con los principios éticos y la ética del cuidado.

Los resultados de los estudios anteriormente nombrados, hace necesario el análisis bioético del edadismo en la asistencia sanitaria a las personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor se encuentra relacionada directamente con el principio de justicia, en cuanto a principio material (donde se produce la discriminación en el acceso y distribución de los recursos sanitarios) y en cuanto a principio formal (la propia desigualdad por cuestión de edad).

Pero además, en esta discriminación por edad, influyen el resto de principios bioéticos, ya que, al discriminar al mayor en la asistencia sanitaria, se está produciendo maleficencia, vulnerando la beneficencia, y no se está dando oportunidad a respetar la toma de decisiones por parte de la persona mayor, que se determina por la autonomía del paciente (analizándolo desde el ámbito biopsicosocial) y donde se hace necesario tener en cuenta su proceso individual de envejecimiento, el proceso de la enfermedad y la calidad de vida.

Según el estudio de García Alhambra (2012) que me parece importante destacar en este análisis bioético, se hace necesaria la valoración cuidadosa de los aspectos médicos y éticos del paciente mayor desde el primer contacto con éste, y considera importante realizar el análisis desde cada caso concreto particular a los principios bioéticos generales.

Cada caso individual necesita de una valoración geriátrica integral, teniendo en cuenta las guías prácticas de atención clínica vigentes. De esta forma se analiza cada caso concreto del paciente y su problema médico (enfermedades agudas o crónicas, pronóstico, mejores tratamientos adaptados a este caso concreto, etc.), así actuaríamos respetando el principio de beneficencia y no maleficencia, además de estar ejecutando la buena práctica clínica. Posteriormente, se debe conocer en profundidad al paciente, sus preferencias, y el nivel de competencia que presenta a la hora de la toma de decisiones. Valorando esto, estamos respetando el principio de autonomía, como base legal de la relación sanitaria. Actualmente, con la introducción de la información al paciente en el ámbito sanitario, suele suceder que el paciente al no ser considerado competente por parte de un facultativo, esta información no se le da al paciente directamente sino a sus familiares. En el ámbito de las personas mayores, esto se genera por padecimientos como: deterioro cognitivo, dependencia económica, enfermedades crónicas incapacitantes, etc. Pero, además, se puede generar por esa discriminación y rechazo por cuestiones de edad por parte del personal sanitario. Por tanto, es necesario evitar hacer al paciente mayor invisible en las consultas o en el hospital. La calidad de vida individual y su medición, es también importante en la valoración del paciente, respetando de esta forma los principios ya comentados. Y a su vez no olvidar valorar el entorno cercano del adulto mayor y sus condicionantes, sobre todo el apoyo que pueda tener o si se consideran excesivos para él, ciertas pruebas con objetivos diagnósticos o de tratamiento.

Según el trabajo de Mercado R. (2001), la bioética, como estudio de la moral de la conducta humana en las ciencias de la vida, presenta un trabajo importante también en este ámbito. Nos ayuda a reflexionar y orientar las conductas biomédicas y tecnológicas, con el objetivo de proteger de forma responsable la vida humana. Es importante en la protección que se hace cada vez más necesaria de los pacientes mayores, aportándonos una orientación en la toma de decisiones respecto a la asistencia sanitaria.

Los dilemas éticos que son más comunes en relación a la asistencia a las personas mayores se encuentran relacionados con los objetivos de las intervenciones médicas, la relación médico-paciente, edad de la persona mayor, competencia y capacidad de decisión y las voluntades anticipadas. Además, estos dilemas éticos se encuentran influenciados por la edad, el control de gastos, la repartición de recursos, y la institucionalización.

Me gustaría centrarme en la edad, factor que se encuentra más en conflicto con el principio bioético de justicia como he comentado anteriormente, y que se presenta como factor influyente en la toma de decisiones médicas y sanitarias en general. El factor edad, debido como hemos comentado en otros apartados, al rápido crecimiento de la población mayor, lleva a discriminarlos desde el punto de vista cronológico, y no desde el punto de vista racional. Puntos de vista no éticamente correctos.

La edad es considerada un marcador de tiempo, y no de envejecimiento necesariamente. El envejecimiento produce retos clínicos, pero desde el punto de vista de la ciencia, no se pueden expresar argumentos relacionados con que la persona mayor disminuya sus capacidades hasta el punto de ser discriminados por ello, ya que mantienen capacidades y necesidades. A pesar de esto, como hemos comentado anteriormente en los estudios presentados, se les impide o limita el acceso a terapias beneficiosas, a tratamientos médicos que mejorarían su calidad de vida, e incluso, la prolongarían, o el recién acceso a ensayos clínicos. Respecto a esto último, no se realizaban ensayos en personas mayores ni se incluían en protocolos de investigación, ya que no existía evidencia científica de la eficacia de los tratamientos en esas edades para llevar a cabo su indicación, además de que la cronicidad de las patologías se supone que determinaba que no tolerarían/responderían a los estudios.

Se hace necesario incorporar a la asistencia sanitaria, y en este caso, a la asistencia sanitaria a las personas mayores, la ética del cuidado, que tendrá como objetivo que se lleve a cabo una mayor humanización de ésta. La humanización del cuidado nos aportará una mejoría no solo como profesionales de la salud sino como personas, y nos propone a tener un compromiso de cuidado con el paciente, un cuidado menos tecnificado. Esta humanización nos lleva a observar al paciente no solo con la mirada clínica para tratarlo de forma holística, sino con el complemento de la mirada bioética.

Se deben tener en cuenta en la asistencia al paciente en general, y en concreto a las personas mayores, las dimensiones del cuidado, que son los principios esenciales de la ética del cuidado (Domínguez Alcón, *et al.* 2018). Estos autores establecen que hay que ocuparse del paciente, es decir, prestarle atención y esto requiere preocuparnos por él, asumir sus necesidades y cuidar de él. Además, debemos asumir la responsabilidad de la mejoría del paciente, conseguir la construcción de la confianza y comprensión, hacernos cargo de él. La correcta competencia técnica y además la competencia ética, nos lleva a proporcionar este cuidado de forma eficaz. Y éste cuidado y nuestra capacidad de respuesta moral, debe ser evaluada, es decir, debe tener resultados en el paciente que es quien acepta recibirlo y además corresponsabilizarse en el cuidado.

No se puede olvidar la importancia de la dignidad humana, como calidad de ser honrado, respetado y valorado. La cual todos poseemos, la cual no se puede quitar a nadie (enajenable), y que es igualitaria para todos, sin niveles (cualitativa).

Siempre se hace necesario actuar respetando los derechos del paciente mayor, y la aplicación de los principios bioéticos. Por lo que debemos actuar en base a preservar la vida (principio de beneficencia) y aliviar el sufrimiento (principio de no maleficencia), además de ofrecer una justa y equitativa repartición de recursos sanitarios para el diagnóstico y tratamiento (principio de justicia) y, sobre todo, respetar la autonomía del paciente, quien aceptará o no la conducta o asistencia sanitaria (principio de autonomía).

### Pandemia del coronavirus (COVID19) y edadismo en la asistencia sanitaria.

La actual pandemia del coronavirus ha suscitado, debates éticos, sobre todo en lo que se refiere a la priorización a la hora de la asistencia sanitaria. El Comité de Bioética de España, en su informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus (CBE, 2020) planteó al Ministerio de Sanidad llevar a cabo la elaboración de un protocolo donde hubiera criterios comunes, únicos para el territorio nacional, que después se adaptarían a cada centro, con el objetivo de conseguir una uniformidad de criterios bioéticos. La preocupación se centraba en que se estaba aplicando el criterio de la edad en cuanto al límite de la asistencia sanitaria, promoviendo el interés colectivo en contra de los derechos y sobre todo de la dignidad del individuo. El primer y más antiguo de los principios de la Bioética es *Primum non nocere* (lo primero es no hacer daño), es por ello por lo que ante el complicado contexto que se está viviendo, es necesaria una deliberación y toma de decisiones más específica, compleja e individualizada.

“La bioética está, por tanto, plagada de este tipo de elecciones trágicas donde cualquier decisión sobre la distribución de recursos afecta de manera sustancial a la vida de las personas pues la elección no resulta ser entre un mal y un bien, sino que entre dos males (Puyol González)” (CBE, 2017, p.11).

Considero importante opinar respecto al trato discriminatorio a las personas mayores (o edadismo) que están sufriendo ahora mismo con esta pandemia. No sólo hay una sobresaturación extrema de este tema en los medios de comunicación donde continuamente han afirmado y afirman: "las personas mayores son las de mayor riesgo", "el virus afecta más a las personas mayores". No considero que esto no sea lo cierto, lo que resulta insostenible es que se alarme con esa repetición continuada en los medios de comunicación de frases de ese tipo, sin pensar, ya no el miedo, sino el terror que les puede ocasionar a estas personas mayores, de las cuales muchas viven solas y no tienen en quien apoyarse y mostrar cómo se sienten. ¿Cómo nos

sentiríamos nosotros, siendo ellos, diciéndonos con esa información que, si nos contagiáramos, con toda probabilidad, moriremos? No sólo considero desmesurado esto, sino, que tal y como se comenta en el Informe reciente del Comité de Bioética, se utilicen prejuicios hacia los mayores o discapacitados, como el término de "utilidad social":

9.6. Si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término "utilidad social" que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas recientemente nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. (CBE, 2020, p.7)

Resulta injusto entonces que las personas que presentan problemas de salud que conllevan a que el contagio del coronavirus les perjudique en mayor medida, sean a su vez las más afectadas por esta crisis en el ámbito de la asistencia sanitaria. Tener en cuenta el criterio de equidad en el acceso a la atención de la salud, y priorizar a los colectivos que se muestran más vulnerables, se considera *prima facie* un criterio adecuado. Recordemos entonces la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se expone en su artículo 20:

1. El contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se determinará por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

En la elaboración de dicho contenido se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

Además, según comenta el Comité de Bioética de España en su informe, no considera correctos algunos de los conceptos de las Recomendaciones éticas para toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por la pandemia de la COVID19 en las unidades de cuidados intensivos aprobados por el SEMICYUC. Entre ellos los que señalan que los pacientes con deterioro cognitivo, por demencia o enfermedades degenerativas, no serían candidatos a la ventilación mecánica invasiva. Esta cuestión es contraria a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.



El criterio de edad no debe ser empleado para limitar o denegar la asistencia sanitaria y el recurrir a medidas de soporte vital, tal y como se ha expuesto en los anteriores estudios. La edad influye en el pronóstico clínico, pero no puede obviarse. No se debe excluir a ningún paciente, haciéndose necesario el valorar cada circunstancia de cada paciente.

Considero necesario mencionar las declaraciones de María Neira, directora de Salud Pública de la OMS, con fecha de marzo 2020: “Me asusta que estemos sometiendo a los mayores a un terrorismo psicológico. No es verdad que se le dé prioridad a los más jóvenes para ingresar en las unidades de cuidados intensivos, me consta que no se está discriminando a las personas mayores. Recibir ese bombardeo no ayuda para mantenerles con moral alta. Tienen que saber que les debemos mucho y que no están abandonados. Todo lo que hacemos va por ellos también”. (Mateu, 2020, párr.3).

Destacar la importancia de que posteriormente el Ministerio de Sanidad de España haya prohibido denegar el acceso a UCI por razones de edad, reflejándolo así en la Recomendación nº10 del Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2 del 02 de abril de 2020.

10ª Debe subrayarse la absoluta proscripción de empleo de criterios fundados en la discriminación por cualquier motivo con la finalidad de priorizar pacientes en dichos contextos. En este sentido, excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada, resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución española). En este sentido, los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Aceptar tal discriminación comportaría una minusvaloración de determinadas vidas humanas por la etapa vital en la que se encuentran esas personas, lo que contradice los fundamentos de nuestro Estado de Derecho, en particular el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo. (Ministerio de Sanidad de España, 2020, p.3)

Aunque es cierto que hay que asignar los recursos teniendo en cuenta la capacidad de recuperación, ¿hasta qué punto podemos dar por hecho que por ser pacientes mayores y con patologías previas no se recuperarán? Creo que todos deberíamos reflexionar sobre ello.

A lo largo de estos meses de la pandemia, y además para alegría de todos, hemos sido testigos de cómo se han ido produciendo altas hospitalarias de personas mayores de edad avanzada, que han vencido al COVID19, como varias que expongo a continuación:

- Un señor mayor de 94 años de Santa Cruz de Tenerife, con patologías previas, ha ganado la batalla contra el coronavirus, cuidado en casa por su hija. (González, C. 2020)
- Miguel, con 83 años y tras superar el coronavirus, recibe el alta en el Hospital de la Candelaria en Tenerife, con los aplausos de los sanitarios que lo atendieron (Díaz, L. 2020).
- Angelina Friedman, norteamericana y con 101 años superó la gripe española, un cáncer y el coronavirus (EFE, 2020a).
- Alma Clara Corsini, italiana de 95 años, superó el coronavirus y es la imagen de la esperanza en Italia (Millán, A. 2020).
- Ana del Valle, de Ronda (Málaga), y con 107 años le ganó la batalla al coronavirus y la gripe española (EFE, 2020b).
- Elisa Velasco, de El Bierzo (León), otra superviviente de coronavirus a sus 104 años (El Bierzo Digital, 2020).
- Beatriz, de Cantabria, vence al coronavirus con 103 años (Casado, A. 2020).
- Zhang Guangfen, de la ciudad china de Wuhan, donde comenzó la pandemia, superó la enfermedad COVID19, a sus 103 años (Crónica Global Media, S.L 2020).
- Margarita, ibicenca, otra ganadora de 88 años contra el coronavirus (Redacción Ibiza, 2020)
- Julia García, de Salamanca, venció al tifus y al coronavirus a sus 89 años (Villardón, S. 2020).
- Encarnación de Huesca, con sus 101 años y vencedora del coronavirus (65ymás, 2020).
- Cornelia Ras, con 107 años y de Holanda, es probablemente la persona de más edad que ha sobrevivido al COVID19 (ABC, 2020).

- Connie Titchen, de 106 años, la persona mayor más longeva de Gran Bretaña en la lucha contra el coronavirus (Espinosa, A. 2020).

Llegado a este punto se hace necesario afirmar en este momento actual, que todos unidos como sociedad conseguiremos vencer esta pandemia. Es magnífica la actitud de la ciudadanía española, como de los profesionales sanitarios, entre los que me encuentro, y los que agradecemos todo el apoyo que se nos ha prestado y se nos está prestando, incluido el último Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2020. Esta crisis sanitaria debe verse como una oportunidad de reflexión y de avance, y considero necesario llenarnos de esperanza y de superación, ya que, estoy segura, de que esta situación traerá tras ella una mejora no solo social, sino individual, y un despertar moral que nos hará mejores personas.

## **5. CONCLUSIONES**

Una vez analizados los diferentes estudios en relación con la discriminación sanitaria hacia las personas mayores por razones de edad, considero que se pone de manifiesto que el edadismo existe en el ámbito sanitario.

La discriminación por edad hacia las personas mayores y sus causas, se encuentran relacionadas con la influencia cultural que producen unas creencias sesgadas hacia este colectivo que se transmiten entre generaciones, influyendo no solo en la sociedad en general, sino además en la autopercepción de las personas mayores. Queda además reflejado, como el edadismo llega a influenciar en el ámbito sanitario en la asistencia hacia este colectivo, siendo discriminados en diferentes escenarios, como el acceso a tratamientos oncológicos curativos, tratamientos cardiológicos, ensayos clínicos y la propia percepción discriminatoria de los profesionales sanitarios. Además, la actual pandemia de la COVID19 ha dejado en evidencia una vez más, dicha discriminación por edad, en el acceso de las personas mayores a las unidades de cuidados intensivos.

Desde el punto legislativo, aunque en el análisis llevado a cabo se establecía la existencia de la discriminación en diferentes ámbitos sanitarios, con el quebrantamiento de leyes y derechos fundamentales, incluido el de protección de la salud, se considera que efectivamente la legislación protege al colectivo de las personas mayores, manifestando que no se produzca discriminación bajo ningún concepto. Esto a su vez enfatiza que la legislación puede no solo reducir el edadismo, sino además eliminarlo.

Existen diversos conflictos éticos en la asistencia sanitaria a las personas mayores expuestos anteriormente, desde la sustitución en la toma de decisiones del paciente y su tutela que chocan con el principio de beneficencia, hasta los conflictos relacionados con el principio de no maleficencia como la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico y el maltrato a los mayores; conflictos relacionados con el principio de autonomía respecto al consentimiento informado, la confidencialidad y las voluntades anticipadas, hasta el principio de justicia, directamente relacionado con la discriminación sanitaria del paciente mayor y la desigual distribución de recursos y los derechos restringidos en tratamientos.

Queda manifestado que la bioética puede resolver los conflictos éticos relacionados con la discriminación sanitaria del adulto mayor, a través de la consideración del cumplimiento de los principios éticos y de la ética del cuidado, teniendo en cuenta las dimensiones del cuidado como principios esenciales. Sin olvidar la importancia de la dignidad de las personas mayores, como derecho inherente, de ser respetado, honrado y valorado, además de luchar por su protección.

Considero importante destacar, como he comentado anteriormente, que la discriminación sanitaria del adulto mayor se ha hecho más evidente y se ha acercado a la atención de toda la sociedad con la actual pandemia del coronavirus, donde se contempla una vez más, como la asistencia sanitaria (especialmente en el acceso a los servicios de cuidados intensivos) discrimina a los mayores, desde el principio de justicia en la gestión de repartición de recursos, y desde el punto de vista maleficente, dándolos por perdidos antes de tiempo, y confirmando de forma anticipada que las posibilidades de recuperación son escasas. A su vez, diversas recuperaciones han mostrado que las personas mayores, han luchado y han superado la enfermedad por la COVID19, como he expuesto anteriormente. Lamentablemente, la muerte en soledad tanto de los pacientes mayores, como del resto de pacientes en esta pandemia no solo ha producido un gran sufrimiento, sino una ruptura de su propia dignidad.

Se debe actuar con el objetivo de erradicar el edadismo en todos los ámbitos de la sociedad, incluido el sanitario, porque el objetivo de cualquier persona, y sobre todo de las personas mayores, es poder sentirse felices, encontrarse en paz consigo mismos y con su alrededor, y esto se puede conseguir a pesar de las limitaciones físicas y psicológicas. Además, con ello les brindaremos a una vida buena, donde haya calidad, bienestar, y sobre todo dignidad.

Como comentaba William Burroughs: “La única ética posible es hacer el bien”.

## 6. APLICACIONES PRÁCTICAS

### Testimonios reales personas mayores.

Me gustaría recopilar, los propios testimonios de las personas mayores, que, al fin y al cabo, son los protagonistas de este trabajo. También lo considero una manera de poder probar de alguna manera, si todo lo expuesto anteriormente es vivido de tal manera por ellos como algo discriminatorio, o por su parte lo han llevado a normalizar, considerando la discriminación por edad un tipo de maltrato. Uno de mis objetivos es visibilizarlos, y no encuentro mejor forma, que plasmar sus relatos, sus opiniones y darles voz para que el mundo los pueda escuchar.

Quisiera presentar primero, los relatos de un estudio llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA), titulado “Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor” (OMS, 2002) que tenía como objetivo, debido a los pocos estudios que existían al respecto, conocer cómo es el maltrato desde la perspectiva de las personas mayores y también de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Además de cuáles consideraban que serían las medidas necesarias para desarrollar estrategias globales para erradicar el maltrato al mayor.

Falta de respeto y actitudes etarias contra el mayor en la asistencia sanitaria (OMS, 2002):

- “Una palabra desagradable dirigida a un anciano resulta más cruel que una puñalada” (Líbano).
- “La gente nos hace callar (llamándonos tesoro o corazón) y nos dice lo que tenemos que hacer” (Canadá).
- “... ¡Cállate!, toma lo que te damos, y no te quejes” (Canadá).
- “Al anciano desorientado, que puede estar intoxicado por la medicación, se le trata como si fuera un crío testarudo. Resulta algo bastante violento; un profesional le quita las prótesis, aparatos, gafas (al anciano), entonces él (el anciano) se muestra agitado, y cuando esto ocurre él (el profesional) le medica.... Esto es violencia; también hay casos en los que el profesional le dice «no voy a dejar que venga su hija mientras siga (comportándose) de esa manera» (Brasil).”
- “Le pusieron pañales y nunca lo llevaban al baño” (Canadá).
- “Maltrato al mayor es tener que esperar durante 2 meses para una consulta médica gratuita por la que de alguna forma has estado pagando toda tu vida” (Argentina.)

- “Resultaba especialmente escandaloso el comentario de un jefe de hospital que confiaba al entrevistador: «Las personas mayores son un problema y un desperdicio de recursos escasos; el mayor favor que me podrías hacer como representante de una organización de personas mayores es sacarlos de mi hospital» (Kenia).”
- “Institucionalizar a una persona mayor es como secuestrar a alguien” (Argentina).
- “La deportación a una residencia es un maltrato. Una residencia para personas mayores no es otra cosa que una antesala de la muerte” (Austria).
- “Yo fui testigo de un caso en el que a una señora mayor se le pidió una vez y media más del precio normal de una medicina, en el hospital de distrito ... Estuvo esperando durante 6 h a que le dieran su medicina, mientras los trabajadores sanitarios atendían otros casos y problemas. Un buen samaritano le pagó la medicina porque ella misma no podía conseguir la cantidad requerida. Incluso después de que hubieran pagado por ella aquel precio exagerado, esperó durante tanto tiempo que murió 4 h más tarde, antes de recibir la medicación” (Kenia).
- “El respeto vale más que la comida o la bebida”.

A continuación, expongo testimonios reales de personas mayores de Tenerife, a las cuales se le ha preguntado su percepción respecto a actitudes etarias o actitudes que les han producido malestar en la asistencia en el ámbito sanitario.

- Rafael, 84 años, (Fasnia): “A mi el traumatólogo me dijo hace unos años que no me operaba de la dolencia de los tobillos por la edad que tenía”.
- Estrella, 78 años, (Fasnia): “Cuando tuve mi cuarto hijo, la comadrona me dijo de forma despectiva que yo ya estaba vieja y mayor para estar teniendo hijos, tenía 42 años”.
- Dolores, 85 años (S/C de Tenerife): “Empecé a notar que cada vez escuchaba menos, fui a mi doctora de cabecera para que me viera el especialista de los oídos, y me dijo que yo ya tenía una edad y el especialista se iba a reír de ella si me mandaba con la edad que tenía”.
- Dolores, 92 años (La Laguna): “Me sentía mal continuamente y acudía a urgencias. Me decían una y otra vez que no tenía nada, que estaba todo bien y me mandaban para casa sin ninguna solución. Después de muchas ocasiones, un médico me escuchó y me dijo que lo que tenía era una depresión”

- María del Carmen, 83 años (La Laguna): “Salí hace años un día de la ginecóloga preocupada tras acudir a revisión por una hemorragia. No me explicó qué podía tener. Cuando leí el informe me enteré de que tenía pólipos y ni siquiera me lo había dicho”
- Augusto, 83 años (La Laguna): “Fui a la consulta de enfermería a tomarme la tensión. Me dijo que la tenía un poco alta y que no me preocupara. No me explicó cuanto tenía y por supuesto me fui preocupado y enfadado”.

Estimo oportuno enfatizar, llegados a este punto, la importancia de la hermenéutica del cuidado (o técnica de interpretación del cuidado), a la hora del trato hacia el paciente. Siendo necesaria una transformación de las intervenciones sanitarias, en concreto las enfermeras, desde lo más instrumental y tecnológico, hacia un cuidado que sea integral, que englobe todas las dimensiones de los pacientes mayores en este caso, llegando al punto de una relación humana entre un paciente que presenta una necesidad y un profesional enfermero que se encuentra preparado para identificar y reconocer y sobre todo responder a esa necesidad de ayuda. (Mora-Escalante, 2016).

Entonces, tal y como afirma Gadamer (1995), citado por Mora-Escalante (2016, p.5) "El arte de la hermenéutica no consiste en aferrarse a lo que alguien ha dicho, sino en captar aquello que en realidad ha querido decir"

“¿Qué le da una persona a otra? Da de sí misma, de lo más precioso que tiene, de su propia vida. Esto significa que da lo que está vivo en él, da su alegría, su interés, su comprensión, su conocimiento, todas las expresiones de lo que está vivo en él. El dar de su vida, enriquece a la otra persona, realza el sentimiento de vida de la otra al realzar el suyo propio. No da con el fin de recibir, dar es una dicha en sí mismo” (El Arte de Amar. Eric Fromm)



## 7. BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFÍA CITADA-LISTA DE REFERENCIAS

1. Adela Herrera, P., y Andrés Guzmán, H. (2012, enero 1). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 65-76. Recuperado 26 de abril de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-reflexiones-sobre-calidad-vida-dignidad-S0716864012702754>
  
2. Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado 12 de febrero de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  
3. Barrantes-Monge, M., Rodríguez, E., y Lama, A. (2009). DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: ELDERLY'S RIGHTS. *Acta bioethica*, 15(2), 216-221. Recuperado 11 de abril de 2020, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  
4. Bárcena Calvo, C., Iglesias Guerra, J. A, Galán Andrés, M.I., y Abella V. (2009). Dependencia y edadismo. implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL*, 1(1), 46-52. ISSN 1989-3884. Recuperado 9 de abril de 2020, de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/18>
  
5. Boitte, Pierre. (2001). EL ENVEJECIMIENTO: OPORTUNIDAD PARA UNA MEDICINA EN BUSCA DE SUS FINALIDADES. *Acta bioethica*, 7(1), 9-25. Recuperado 26 de abril de 2020, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100002)
  
6. Carbajo Vélez, M. C (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la*

*Facultad de Educación de Albacete*, 24. 87-96. ISSN 0214-4842, ISSN-e 2171-9098. Recuperado 09 de febrero de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>

7. Comité de Bioética de España. (2020, 24 marzo). *Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*. Recuperado de <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/index.php>

8. Comité de Bioética de España. (2017, 7 marzo). *Informe del comité de bioética de España sobre la financiación pública del medicamento profilaxis preexposición (prep) en la prevención del VIH*. Recuperado 28 de marzo de 2020 de [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/Informe\\_PrEP.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/Informe_PrEP.pdf)

9. Domínguez Alcón, C., Tronto, J., y Kholen, H. (2018). *El futuro del cuidado: comprensión de la ética del cuidado y de la práctica enfermera* (1.<sup>a</sup> ed., Vol. 8). Recuperado 15 de mayo de 2020, de <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>

10. Estrella, J. D. (2005). Discriminación por edad en los tratamientos oncológicos de ancianos con cáncer de colon y mama. Estudio de casos y controles. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40(2), 78-84. ISSN 0211-139X, ISSN-e 1578-1747. Recuperado 11 de abril de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1211431>

11. Fernández, E., Monardes, H., Díaz, C., Fuentes, F., y Padilla, P. (2017). El «viejismo» como problemática social en geriatría: a propósito de la medición del viejismo en estudiantes de odontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(2), 109. Recuperado 10 de mayo de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6185093>

12. Fernández Fernández, M., Dóriga Bonnardeaux, P., Alonso Bouzón, C., Baztán Cortés, J. J., Velasco Guzmán de Lázaro, R., González Ramírez, A., ... Casas Herrero, A. (2017). Actualización sobre el posicionamiento de la SEMEG en la atención sanitaria al anciano. *SEMEG, Sociedad Española de Medicina Geriátrica*, 1–13. Recuperado 11 de mayo de 2020, de

<http://www.semeg.es/uploads/archivos/Actualizacion-posicionamiento-SEMEG-atencion-sanitaria-anciano.pdf>

13. García Alhambra, M. Á. (2012). Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(1), 3-4. Recuperado 11 de mayo de 2020 de, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-discriminacion-diagnostica-terapeutica-los-muy-S0211139X11003131>

14. Gavilán-Moral, Enrique, Villafaina-Barroso, A., Jiménez-de Gracia, L., & Gómez Santana, M. del C. (2012, julio 1). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 162-167. Recuperado 11 de abril de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ancianos-fragiles-polimedicados-es-deprescripcion-S0211139X12000601?redirectNew=true>

15. Goikoetxea Iturregui, M. (s. f.). Aspectos éticos en la atención a las personas mayores. Recuperado 11 de abril de 2020, de [https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro\\_MA\\_Goikoetxea.pdf](https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Goikoetxea.pdf)

16. Hospital universitario de Getafe. (2017, noviembre 23). Plataforma clínica. Recuperado 25 de abril de 2020, de <https://iisgetafe.es/infraestructuras/plataforma-clinica/>

17. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2019. Recuperado de: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>

18. Kayler DeBrew, J. (2016). ¿Puede la discriminación por edad ser perjudicial para los pacientes mayores? *Nursing (Ed. española)*, 33(3), 46-47. Recuperado 10 de mayo de 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212538216300565?via%3Dihub>

19. La discriminación por razón de edad es «edadismo» y no «edaísmo» ni «ageísmo». (2020, febrero 19). *65 y más - El diario de las personas mayores*. Recuperado 13 de mayo de 2020 de <https://www.65ymas.com>

20. López de Letona, J. M., Blasco Patiño, F., Jiménez Al., y Villares, P. (2005). El anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Revista Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(6), págs. 152-166. ISSN 1130-8427. Recuperado 11 de abril de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2037687>

21. López-Messa, J. B. (2005, diciembre 1). Envejecimiento y Medicina Intensiva. *Medicina Intensiva*, 29(9). Recuperado 25 de abril de 2020, de <https://www.medintensiva.org/es-envejecimiento-medicina-intensiva-articulo-13083194>

22. López-Soto, A., Sacanella, E., Pérez Castejón, J. M., y Nicolás, J. M. (2009). El anciano en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 27-33. Recuperado 11 de mayo de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-anciano-unidad-cuidados-intensivos-S0211139X09001152>

23. Losada Baltar, A. (2004, 28 febrero). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informe Portal Mayores*, (14). ISSN: 1885-6780. Recuperado 25 febrero de 2020, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

24. Luis Melero, M. (2007). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. *Comunicación e pessoas maiores: Actas do Foro Internacional / Lois Álvarez Pousa (ed. lit.), Joám Evans Pim (ed. lit.), Bárbara Kristensen (aut.)*, ISBN 978-84-690-7017-8, págs. 29-46. Recuperado 9 de febrero de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651192>

25. Mercado R, Cristián. (2001). BIOETHICAL DILEMMAS IN GERIATRICS: MEDICAL DECISION-MAKING. *Acta bioethica*, 7(1), 129-141. Recuperado 25 de febrero de 2020, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

26. Ministerio de Sanidad de España. (2020, abril 2). *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2*. Recuperado 11 de abril de 2020, de

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)

27. Mora-Escalante, Elena. (2016). La interpretación y comprensión hermeneútica: base para transformar el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 5-6. Recuperado 30 de mayo de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100001&lng=es&tlng=es).

28. Moreno Toledo, A. (2011, junio 15). Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista Poiésis FUNLAM*, (19), 1-10. ISSN 1692-0945. Recuperado 25 de febrero de 2020, de <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101>

29. Organización Mundial de la Salud. INPEA. (2002, enero 1). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(6), 319-331. Recuperado 12 de abril de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-voces-ausentes-opiniones-personas-mayores-S0211139X02748385>

30. Organización Mundial de la Salud. (2016a, septiembre 29). *Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud*. Recuperado 25 de abril de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>

31. Organización Mundial de la Salud (2016b, febrero 17). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado 9 de abril de 2020, de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

32. Organización Mundial de la Salud (2016c, abril 19). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Recuperado 11 de abril de 2020, de [https://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_guide/es](https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/es)

33. Organización Mundial de la Salud (2017, enero 13). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo*

en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. Recuperado 9 de abril de 2020, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>

34. Organización Mundial de la Salud. (2018, febrero 5). *Envejecimiento y salud*. Recuperado 9 de abril de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

35. Organización Mundial de la Salud. (2020). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado 11 marzo, 2020, de <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

36. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado 26 de abril de 2020, de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

37. Ortiz-Rubio, A., Cabrera-Martos, I., Torres-Sánchez, I., Casilda-López, J., Ariza-Mateos, M. J., y Valenza, M. C. (2019). Actitudes de estudiantes españoles de terapia ocupacional hacia las personas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 69-73. Recuperado 10 de mayo de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-69.pdf>

38. Polo Luque, M. L., y Martínez Ortega, M. P. (2012, junio 29). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (10), 15-20. Recuperado 25 de abril de 2020, de <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2001-n10-vision-historica-del-concepto-de-vejez-en-las-sociedades-antiguas>

39. Portal Mayores (www.imsersomayores.csic.es). (2012). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y más*. 46-51 Recuperado 25 febrero, 2020, de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>

40. Ribera Casado, J. M., Bustillos, A., Guerra Vaquero, A. I., Huici Casal, C., y Fernández-Ballesteros, R. (2016). ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(5), 270-275. Recuperado 09 de mayo de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5661409>

41. Rodríguez R., E. (2004). *Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor*. (1º ed.) [versión electrónica]. Santander: Academia de Medicina de Cantabria. Recuperado 12 de febrero de 2020, de <https://es.scribd.com/document/200661513/Salud-y-personas-mayores-La-discriminacion-sanitaria-del-mayor-Dr-Eduardo-Rodriguez>

42. Rodríguez R., E. (2019). *Longevidad, salud y pensiones*. [versión electrónica]. Recuperado 12 de febrero de 2020, de [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2019/04/libro\\_err\\_lsp\\_2019.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2019/04/libro_err_lsp_2019.pdf)

43. Sampén Celis, José Daniel, Varela Pinedo, Luis Fernando, Díaz Vélez, Cristian, Tello Rodríguez, Tania, y Ortiz Saavedra, Pedro José. (2012). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana*, 29(3), 148-154. Recuperado 10 de mayo de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172012000300004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000300004&lng=es&tlng=es).

44. Trejo Maturana, C. (2001). EL VIEJO EN LA HISTORIA. *Acta bioethica*, 7(1), 107-119. Recuperado 02 de mayo de 2020, de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-569X2001000100008&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2001000100008&lng=es&nrm=iso)

**Artículos periodísticos y de blog:**

45. ABC. (2020, abril 9) Una anciana de 107 años se convierte en la superviviente más mayor de coronavirus. (2020, abril 9). *ABC*. Recuperado de <https://www.abc.es>

46. Casado, A. (2020, abril 29). Beatriz derrota al coronavirus con 103 años. *El Diario Montañés*. Recuperado de <https://www.eldiariomontanes.es>

47. Crónica Global Media, S.L. (2020, marzo 20). Una anciana de 103 años supera el coronavirus en la ciudad china de Wuhan. *Crónica Global*. Recuperado de <https://cronicaglobal.elespanol.com>

48. Díaz, L. (2020, abril 27). Miguel deja el Hospital de La Candelaria entre aplausos tras superar el coronavirus a sus 83 años. *Diario de Avisos*. Recuperado de <https://diariodeavisos.elespanol.com>

49. EFE (2020a, abril 29). “Un ADN sobrehumano”: Angelina superó un cáncer, la gripe española y el coronavirus con 101 años. *Diario de Avisos*. Recuperado de <https://diariodeavisos.elespanol.com>

50. EFE (2020b, abril 23). Ana del Valle, la rondeña de 107 años que ha sobrevivido a dos pandemias: el coronavirus y la gripe española de 1918. *Diario Sur*. Recuperado de <https://www.diariosur.es>

51. El Bierzo digital. (2020, abril 22). Elisa Velasco, la berciana de 104 años que superó el coronavirus. *EL BIERZO DIGITAL*. Recuperado de <https://www.elbierzodigital.com>

52. Espinosa, A. (2020, abril 15). Connie, anciana inglesa de 106 años, sobrevive a COVID-19 -. *El Mañana de Nuevo Laredo*. Recuperado de <https://elmanana.com.mx>

53. Fundeu BBVA. (2014, enero 15). «Edadismo», no «edaísmo» ni «ageísmo». Recuperado 10 de febrero de 2020, de <https://www.fundeu.es/recomendacion/edadismo-no-edaismo-ni-ageismo/>

54. Fernández, J. L. (2010, diciembre 7). Discriminación por edad en los ensayos clínicos | Envejecer en positivo. [Mensaje en un blog]. Recuperado 25 de abril de 2020, de <https://www.madrimasd.org/blogs/envejecer-positivo/2010/12/07/222/>

55. González, C. (2020, marzo 31). Un vecino de Santa Cruz de 94 años le gana la partida al coronavirus en su casa. *Diario de Avisos*. Recuperado de <https://diariodeavisos.elespanol.com>

56. Mateu, J. C. (2020, marzo 26). “A los canarios y españoles les transmito un mensaje claro: habrá un tratamiento pronto”. *Diario de Avisos*. Recuperado de <https://diariodeavisos.elespanol.com>

57. Millán, A. (2020, abril 3). La mujer de 95 años que superó al coronavirus se ha convertido en el rostro de la esperanza en Italia. *Diario16*. Recuperado de <https://diario16.com>



58. Redacción Ibiza. (2020, abril 17). La ibicenca Margarita, de 88 años, supera el coronavirus. *Editora Balear S.A.* Recuperado de <https://www.diariodemallorca.es>

59. Sociedad Española de Cardiología. (2013, diciembre 12). *Se demuestra la discriminación por edad en el ámbito sanitario*. [Comunicado de prensa]. Recuperado 11 de abril de 2020, de <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/5019-se-demuestra-discriminacion-por-edad-en-ambito-sanitario>

60. Villardon, S. (2020, abril 7). “Mi abuela ha superado el coronavirus y el tifus”, el relato de un nieto orgulloso. *Diario Noticias Salamanca 24 Horas*. Recuperado de <https://www.salamanca24horas.com>

61. 65ymás. (2020, abril 8). Encarnación, la vecina de Biescas (Huesca) que ha vencido al coronavirus con 101 años. *65 y más - El diario de las personas mayores*. Recuperado de <https://www.65ymas.com>

## **REFERENCIAS DE LEGISLACIÓN:**

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948

2. Constitución Española. Publicada en BOE, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

3. Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea. Publicada en DOUE núm. 83, de 30 de marzo de 2010, páginas 389 a 403 (15 págs.).

4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicada en BOE, núm, 128, de 29 de mayo de 2003.

5. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicada en BOE, núm 299. de 15 de diciembre de 2006.

6. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Publicada en BOE, núm. 240, de 5 de octubre de 2011.

**ANEXOS:**

## ANEXO I

**1. Cuestionario *EVE-Discriminación (EVE-D)*. Ribera Casado, et al. (2016)**

Consta de 28 ítems donde se resumen situaciones eventuales de discriminación. Se agrupan en dos apartados, midiéndose el porcentaje de acuerdo. El primero incluye supuestos generales de la vida del mayor y su relación con su entorno más cercano. El segundo más relacionado con temas de salud. El formato de respuesta es dicotómico (Sí/No), con la alternativa "No sé". El objetivo es conocer la percepción del profesional encuestado sobre determinadas formas discriminatorias.

**Tabla 2.**

1.	Los trámites administrativos para acceder a distintos servicios por parte de las personas mayores a menudo son muy complicados
2.	Al hablar con las personas mayores en servicios, centros o residencias se sube el tono de voz
3.	Para la tramitación de servicios se destaca la opción en la red a pesar de que esta resulta poco accesible para las personas mayores
4.	Al hablar con los mayores a menudo se les trata como si fueran niños pequeños (empleo de diminutivos, tono agudo)
5.	Los profesionales o cuidadores que dispensan un servicio a una persona mayor que va acompañada a menudo se dirigen al acompañante y hablan de la persona mayor en tercera persona
6.	La mayor parte de los centros gerontológicos pautan el día a día de las personas mayores atendidas sin permitirles opciones
7.	Con frecuencia se trata a la persona mayor en situación de dependencia como si fuera un objeto (p. ej., cuando se le ducha, moviliza o se le «aparca» en la espera de un ascensor)
8.	Al hablar con y de las personas mayores en centros o residencias se emplean términos familiares (p. ej., «abuelo/a»)
9.	Se discrimina en el acceso a unidades especiales de alto coste
10.	Se discrimina en las posibilidades de acceso a alta tecnología
11.	Se discrimina en las indicaciones quirúrgicas
12.	Al dispensar diversos servicios a las personas mayores a menudo se muestra una falta de respeto en el trato (p ej., el tuteo)

13.	Se discrimina en las indicaciones para el acceso a unidades de cuidados especiales complejas (UVI, UCI, coronarias, etc.)
14.	Al interactuar con una persona mayor se suele hacer más énfasis en sus olvidos o despistes que si se trata de una persona joven
15.	Se discrimina en la aplicación estricta de los protocolos clínicos establecidos
16.	Se discrimina en la confección de listas de espera quirúrgica
17.	Se realizan comentarios inapropiados cuando se lleva a cabo el aseo de personas mayores hospitalizadas
18.	Se les excluye de las campañas preventivas (p. ej., tabaco)
19.	Se limita la prescripción de fármacos en función del coste elevado
20.	Se pospone la atención en beneficio de un paciente más joven
21.	Al interactuar con una persona mayor que dice algo incoherente o inexacto, a menudo se la rectifica con énfasis
22.	Muy a menudo a las personas mayores se las trata con displicencia por no estar al día en los avances tecnológicos
23.	Se discrimina en el ingreso hospitalario desde urgencias
24.	Considera usted que en momentos de crisis el cribado de algunos procedimientos (como la detección del cáncer de mama, colon, próstata o glaucoma) deben limitarse en función de la edad
25.	Considera que se les debe excluir de programas sanitarios o sociales en campos como nutrición, actividad física, rehabilitación, etc.
26.	Considera que se les discrimina en cuanto a la prioridad para ser atendido en un servicio de urgencias hospitalarias
27.	Al interactuar con una persona mayor que dice algo incoherente o inexacto se hacen gestos desaprobatorios, de burla
28.	Dada la situación de crisis del país, ¿considera que los procedimientos sanitarios que suponen un coste elevado deben limitarse en función de la edad?

Fuente: Elaboración propia con la información de la bibliografía correspondiente.

## ANEXO II

### **2. Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (Kogan's Attitudes towards Older People: KAOP).** Sampén Celis, et al. (2012).

La Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan (Kogan's Attitudes towards Older People: KAOP), consta de 34 enunciados relacionados con las personas

mayores, 17 de ellos tienen enunciados positivos y 17 enunciados negativos. La escala está diseñada en base a un cuestionario tipo Lickert con seis categorías de respuestas, que van desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo".

- A. Muy en desacuerdo
- B. Un poco en desacuerdo
- C. En desacuerdo
- D. De acuerdo
- E. Un poco de acuerdo
- F. Muy de acuerdo

Las calificaciones mínima y máxima eran de 34 y 204. 136 puntuación neutra. Una puntuación total más alta indica una actitud más positiva hacia las personas mayores.