



HelpAge
España

*las personas
mayores cuentan*

La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud

Colección

***Los derechos humanos de las personas mayores en España:
La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad***

La presente publicación forma parte de la colección de informes ***Los derechos humanos de las personas mayores en España: la igualdad de trato y no discriminación por razón de edad***. Esta edición ha sido subvencionada por el ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, a través de la Subvención de apoyo al tercer sector de acción social con cargo al 0,7.

Informe elaborado por la fundación HelpAge International España

Fecha: septiembre 2023

Copyright: Fundación HelpAge International España 2023

El contenido del presente informe ***es responsabilidad única y exclusiva de la Fundación HelpAge International España*** y, en ningún caso, refleja la opinión o puntos de vista del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Cualquier parte de esta publicación puede ser reproducida sin permiso para fines educativos y sin ánimo de lucro.

Por favor, atribuir explícitamente la autoría a HelpAge International España y enviar una copia o enlace de la reproducción a la dirección de correo electrónico: correo@helpage.es

Fundación HelpAge International España

Edificio Impact Hub Prosperidad

C/ Javier Ferrero 10

28002 Madrid

correo@helpage.es

www.helpage.es

La Fundación HelpAge International España es una ONG inscrita el 24 de agosto de 2012 en el Registro de la Fundación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el número 28-1679 e inscrita el 17 de octubre de 2013 en el Registro de ONGD de la AECID. Es aliada de la red global HelpAge International, miembro de la Asociación Española de Fundaciones. Miembro de la FONGDCAM.

Subvencionado por:



GLOSARIO	13
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	23
PRESENTACIÓN	28
Capítulo I:	
LA DISCRIMINACIÓN EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES	33
1. Introducción y planteamiento del problema	36
2. La discriminación por edad existe. Profesionales y ciudadanos son conscientes del problema... ¡aunque actúen como si no lo fueran!	37
3. Un problema muy extendido: algunas evidencias de discriminación etaria en el campo de la salud	40
4. ¿Qué podemos hacer?	45
Capítulo II:	
LA DIMENSIÓN SUBJETIVA: ¿QUÉ PIENSAN LAS PERSONAS MAYORES SOBRE SU SALUD?	51
1. Invisibilidad y percepción de un edadismo que atenta contra la salud	54
2. Percepción sobre el propio estado de salud física y mental	56
3. Percepción sobre la accesibilidad al sistema sanitario	60
4. Percepción de la inclusión social	64
Capítulo III:	
DERECHO A LA SALUD Y PERSONAS MAYORES: MARCO NORMATIVO	69
1. Introducción	73
1.1. La salud de las personas mayores y el Estado de bienestar	73

1.2. La salud y la feminización del envejecimiento	74
1.3. Los determinantes sociales de la salud	74
1.4. La salud de las personas mayores y el cambio climático	74
1.5. La clasificación de enfermedades y el envejecimiento	75
2. La salud de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos	75
2.1. El derecho a la salud como derecho social	76
2.2. Derechos civiles conectados con el derecho a la salud	76
3. Ámbito universal de protección del derecho a la salud de las personas mayores	77
3.1. Derecho a la salud de todas las personas	77
3.2. Derecho a la salud de las personas mayores	79
3.3. Situaciones de emergencia y COVID-19	80
4. Ámbito europeo de protección del derecho a la salud de las personas mayores	81
4.1. Consejo de Europa	81
4.2. Unión Europea	84
5. Ámbito nacional de protección del derecho a la salud de las personas mayores. El caso español.	85
5.1. Derecho de acceso a las prestaciones sanitarias sin discriminación	86
5.2. Derecho de los pacientes	89
5.2.1. Regulación	89
5.2.2. Derechos concretos	90
Derecho a la información	
Derecho al consentimiento informado	
Las instrucciones previas	
El derecho a pedir una segunda opinión médica	
Acompañamiento en el final de la vida y muerte digna	
Otros derechos	
6. Conclusiones y retos pendientes ¿una Convención Internacional sobre los derechos de las personas mayores?	93

Capítulo IV:

LA PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE SISTEMAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

99

1. La prohibición de discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud 102
 - 1.1. Marco constitucional 102
 - 1.2. Marco internacional 102
 - 1.3. Marco legal 103
2. Breves consideraciones sobre la discriminación de las personas mayores de edad en el ámbito de la salud durante la pandemia de COVID-19; especial atención a las personas mayores que vivían en residencias 104
3. La aplicación de sistemas de inteligencia artificial en el ámbito de la salud y sus posibles efectos discriminatorios para las personas mayores 106
 - 3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de inteligencia artificial? 106
 - 3.2. La creciente incidencia de la inteligencia artificial en la atención sanitaria 108
 - 3.3. Las obligaciones de las administraciones sanitarias que usen sistemas de inteligencia artificial para garantizar la no discriminación de las personas mayores 110
 - 3.4. Breves apuntes sobre el uso de robots social-asistenciales para la atención sanitaria de las personas mayores 112
 - 3.5. ¿Es necesario reconocer constitucionalmente los neuroderechos para garantizar la atención sanitaria de las personas mayores? 113

Capítulo V:

LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS. PRINCIPALES BARRERAS

	117
1. Introducción	120
2. Prevención primaria, secundaria y terciaria en personas mayores	121
3. El abordaje terapéutico de las personas mayores en la atención sanitaria	122
4. Los programas de rehabilitación para el adulto mayor en la atención sanitaria	123
5. La atención paliativa al adulto mayor en la atención sanitaria	124
6. Principales barreras en la atención sanitaria al adulto mayor	126

Capítulo VI:

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA PERSONA MAYOR: IDENTIFICACIÓN, IMPACTO Y ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

	131
1. Introducción	134
2. La pobreza	134
3. El género	135
4. La vivienda	137
4.1. La vivienda como elemento de salud	137
4.2. La vivienda para afrontar los Cuidados de Larga Duración	138
5. La soledad no deseada	139
6. El abuso del alcohol	140
6.1. Causas	140
6.2. Consecuencias	141
7. El abuso de psicofármacos	141
8. El cuidador	142
9. Estrategias para implementar políticas efectivas	143

Capítulo VII:	
DISCRIMINACIÓN, SALUD MENTAL Y PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS EN LAS PERSONAS MAYORES	147
1. Introducción	150
2. La salud mental en la vejez: limitaciones y desafíos de los estudios epidemiológicos	151
2.1. Diferencias en la manifestación de los problemas de salud mental en la vejez y falta de instrumentos y criterios diagnósticos adaptados	154
2.2. La influencia de los estereotipos y autoestereotipos en la atención a la salud mental: normalizar lo que no es normal es también discriminar	156
2.3. Necesidad de formación: problemas asociados a la falta de conocimientos y formación específica para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en la vejez	157
3. Edadismo en estructuras sanitarias y profesionales de la salud mental: impacto en el tratamiento a personas mayores	160
3.1. La importancia del lenguaje	165
3.2. Procesos discriminatorios a personas con demencia y en contextos residenciales	167
4. Pautas básicas contra la discriminación de las personas mayores con problemas de salud mental	170

Capítulo VIII:	
SUJECIONES Y CONTENCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN LAS PERSONAS MAYORES: DETRACTORES DE SALUD	173
1. Introducción	176
1.1. Uso de contenciones en los cuidados	176
1.2. Envejecimiento con enfermedades neurodegenerativas	177
2. Sujeciones o contenciones	179
2.1. ¿Por qué y para qué se usan?	179
2.2. Prevalencia, causas y consecuencias	180
3. Sujeciones o contenciones físicas o mecánicas	181

3.1. ¿Qué son las sujeciones físicas y por qué no se deben usar?	181
3.2. Prevalencia, causas y consecuencias	182
4. Sujeciones químicas o farmacológicas	184
4.1. ¿Qué son las sujeciones químicas y por qué no se deben usar?	184
4.2. Prevalencia, causas y consecuencias	185
5. Cuidar sin atar	188

Capítulo IX:

ACCESIBILIDAD A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MEDIO RURAL: UNA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS

	195
1. Introducción	199
2. El acceso a la salud de las personas mayores que viven en el medio rural	201
2.1. Concepto de ruralidad	201
2.2. La ruralidad y las trabas a la accesibilidad como eje de desigualdad en salud en las personas mayores	201
2.3. Factores que condicionan la accesibilidad a los servicios de salud en el medio rural	201
3. Reflexiones de una médica de familia sobre la atención primaria tras 36 años de ejercicio en el medio rural	203
3.1. Circunstancias que condicionan o determinan la salud holística o integral de los mayores en el medio rural (física, mental y social). Fortalezas y debilidades	203
3.2. Perfil de las personas mayores que habitan en las zonas rurales: autopercepción de salud, dignidad, autonomía, soledad no deseada, pobreza no percibida	204
3.3. Actividad laboral rural en los mayores	206
3.4. Relaciones sexoafectivas de los mayores	206
3.5. Papel e importancia de la atención primaria rural y función de los equipos de atención primaria en la atención a las personas mayores	207
3.5.1. Percepción del personal sanitario	209
3.5.2. La prevención y promoción de la salud	210
3.5.3. Intervención comunitaria	211

3.5.4.	Afrontamiento y atención al final de vida y la muerte	212
3.5.5.	Vivencia de la pandemia COVID-19 en una zona de salud rural	212
3.5.6.	Importancia de la coordinación sociosanitaria. Pueblos cuidadores. El cuidado como proceso relacional	214

Capítulo X:

LECCIONES APRENDIDAS DE PROYECTOS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL CON UN ENFOQUE DE DERECHO A LA SALUD 219

1.	Introducción: MdM y el derecho a la salud	223
1.1.	Trabajo con las personas mayores en situación de exclusión social	223
2.	Proyecto de MdM con personas mayores en situación de exclusión social en Andalucía y Extremadura	223
2.1.	Diagnóstico participativo comunitario	224
2.1.1.	Objetivo general y objetivos específicos	224
2.1.2.	Población	224
2.1.3.	Metodología	225
2.1.4.	Resultados y conclusiones	225
2.2.	Grupo focal	228
3.	Proyecto de Atención sociosanitaria para personas mayores en riesgo o situación de exclusión social	230
3.1.	Enfoques de la intervención	230
3.2.	Objetivos, y líneas de acción del proyecto	232
3.2.1.	Objetivo	233
3.2.2.	Líneas de acción	233
3.3.	Lecciones aprendidas	236
3.3.1.	¿Qué factores han contribuido el avance de las acciones?	236
3.3.2.	¿Qué factores han dificultado el avance de las acciones?	237
3.3.3.	¿Qué componentes innovadores identifican este proyecto?	238
3.3.4.	¿Qué les ha generado más satisfacción en el trabajo?	238

IDEAS BÁSICAS

241

BIBLIOGRAFÍA

245

GLOSARIO

Accesibilidad al sistema sanitario:

Según el comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000), la accesibilidad al sistema sanitario no se reduce a un mero acceso físico o un reconocimiento legal, sino que engloba cuatro dimensiones superpuestas:

- a) **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para toda la población, particularmente para los sectores más vulnerables y marginalizados. Para ello, los estados deben garantizar, tanto en la legislación como en la práctica que todas las personas puedan acceder en condiciones de igualdad a la atención sanitaria.
- b) **Accesibilidad física:** Los servicios médicos deben ser accesibles, tanto desde un punto de vista geográfico (es decir, que se encuentren a una distancia razonable de todas las personas en especial de las personas pertenecientes a grupos vulnerable, incluyendo zonas urbanas y rurales), como desde un punto de vista de adaptabilidad de estos servicios a las personas con discapacidades.
- c) **Accesibilidad económica (asequibilidad):** el acceso a los servicios de salud no puede estar condicionado a la capacidad económica de las personas y sus familias. Por el contrario, debe responder al principio de equidad, de tal suerte que los hogares más pobres no tengan que soportar un gasto de salud desproporcionado.
- d) **Acceso a la información:** comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre cuestiones relacionadas con la salud, siempre respetando el derecho a que los datos sobre salud sean tratados de forma confidencial. Esta dimensión de la accesibilidad se relaciona a su vez de forma muy estrecha con el elemento de aceptabilidad del derecho a la salud, pues para que una persona pueda adoptar decisiones informadas sobre su salud, esta información debe recibirse de forma comprensible y adaptada al marco cultural de la persona en cuestión y de su edad.

No tener acceso a estas dimensiones son barreras de acceso al sistema sanitario que imposibilitan o limitan el disfrute del derecho a la salud (MdM, 2022). La recogida de estas barreras de acceso al Sistema Público de salud es el trabajo que clásicamente lleva haciendo Médicos del Mundo hace varios años.

Actividades de la vida diaria (AVD):

Escalas que evalúan la capacidad de la persona para realizar las actividades diarias. Se pueden distinguir dos componentes: AVD elementales o básicas (como vestirse, alimentarse y comunicarse); y AVD instrumentales, es decir, tareas más complejas asociadas a una vida totalmente independiente (como tomar un medicamento o preparar una comida).

Activos en salud:

Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud.

Alfabetización en salud:

Hace referencia al conjunto de conocimientos, habilidades y experiencias en materia de salud que hacen a una persona no profesional, conocedora de su propio estado de salud y de cómo cuidarse. Nos habla de educación sanitaria.

Analfabetismo funcional:

Incapacidad de un individuo para utilizar su capacidad de lectura, escritura y cálculo de forma eficiente en las situaciones habituales de la vida.

Atención integral:

Es un enfoque asistencial en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo a nivel físico, psicológico y social.

Capacidad funcional:

Los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar.

Capacidad intrínseca:

Que se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede utilizar en un determinado momento.

Conspiración del silencio:

Es la decisión de familiares, e incluso con la complicidad de algún personal sanitario, de no informar al paciente que se encuentra al final de la vida de su enfermedad o pronóstico.

Cuidados paliativos:

La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.

Deprescribir:

Acción facultativa de retirar fármacos de forma razonada, que se consideran innecesarios o que se toman a dosis excesivas y durante un tiempo que se ha prolongado más de lo necesario o terapéutico.

Derecho a la salud:

Es generalmente entendido en el ámbito internacional como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de acuerdo con la formulación contenida en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (PIDESC) (Naciones Unidas, 1996). En este artículo se identifica y desarrolla los elementos esenciales que conforman el derecho a la salud: a) Disponibilidad, b) Accesibilidad c) Aceptabilidad y d) Calidad.

Derechos civiles:

Conjunto de derechos o libertades básicas de las personas, que protegen intereses individuales, y conforman una posición constitucional del individuo frente al Estado; entre otros, abarcan los derechos a la vida, a la integridad personal, a la igualdad ante la ley, o a la libertad y seguridad personales.

Derechos económicos, culturales, sociales y medioambientales:

Derechos humanos que protegen la efectiva participación del individuo en la vida económica, social y cultural del Estado en condiciones de igualdad y sin discriminación, como los relativos, entre otros, al derecho al trabajo, los derechos sindicales, el derecho

a la salud, el derecho a la seguridad social, el derecho a la educación y el derecho a la protección de la familia.

Determinantes sociales de la salud:

El derecho a la salud considera a los determinantes sociales de la salud como un elemento clave para gozar de una buena salud y la reducción de desigualdades en salud forma parte también del contenido del derecho a la salud. Aspectos como tener un mínimo nivel de educación, un trabajo digno con un salario adecuado, una buena nutrición o realizar ejercicio físico de forma regular están condicionados por nuestra pertenencia a un grupo social. Vivir en situaciones de pobreza, discriminación o precariedad laboral afecta a nuestra salud física y mental en cualquier momento de nuestra vida (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Marmot y Bell, 2019).

Discriminación:

Cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. La discriminación obstaculiza o deja sin efectos el reconocimiento, el goce y el ejercicio de los derechos humanos.

Edadismo:

Se refiere a la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad (OMS).

El sistema sanitario como determinante social de la salud:

El sistema sanitario es en sí mismo un determinante social de la salud que además cuenta con la capacidad de modificar el impacto que sobre la salud tienen los otros determinantes. De este modo, garantizar que todas las personas puedan acceder a una atención sanitaria adecuada a sus necesidades constituye un factor esencial para hacer efectivo el derecho a la salud (Hirmas Adauy et al., 2013).

Envejecimiento activo y saludable:

El proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Exclusión social:

Proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven.

Éxodo ilustrado:

En el texto se refiere a la masculinización de la población rural por la marcha mayoritaria de mujeres a las zonas urbanas para estudiar en la Universidad.

Formación independiente:

Formación que reciben los médicos prescriptores independiente de la Industria Farmacéutica que puede condicionar conflictos de interés.

Isoapariencia:

Fármacos con nombre similar (sea de principio activo o de marca comercial), cuyos envases tienen una forma similar. Puede ocurrir que el mismo fármaco tenga envases diferentes e induzca a error a la hora de tomarlos los pacientes.

Isocrona:

La relación entre la distancia de una población a un servicio sanitario y el tiempo que cuesta llegar.

Ley de Cuidados Inversos de Tudor:

Significa que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a las necesidades de la población atendida, es decir que acceden a los servicios y los cuidados los que menos lo necesitan.

Morbimortalidad:

Mortalidad causada por una enfermedad en una población y en un tiempo determinado.

Neorruralidad:

Fenómeno de migración desde las áreas urbanas a zonas rurales de personas que habitualmente no habitaban en los pueblos.

Persona dependiente:

Aquella que presenta limitaciones para realizar una o varias actividades básicas de su vida, como vestirse, lavarse o cocinar.

Personas mayores:

Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los 65 años.

Personas vulnerables:

Son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo.

Polifarmacia:

Utilización de cinco o más fármacos en forma simultánea, sean indicados por un médico o automedicados.

Prevalencia:

Es una medida de frecuencia del número total de personas que tienen una determinada enfermedad o problema de salud o un factor de riesgo de enfermarse en un momento o periodo concreto.

Prevención cuaternaria:

Actividades destinadas a evitar daño por actividades médicas, centrada en el paciente de forma individualizada, evitando tratamientos improprios, adecuando la intensidad de cuidados y nivel de intervención a las necesidades y deseos de los pacientes y el lugar de su prestación.

Relación longitudinal médico paciente:

Es la relación que se establece a largo plazo entre el médico de familia y los pacientes de la consulta. Se caracteriza por la atención por parte del mismo médico/a a lo largo de toda la vida, del proceso vital de las personas y de la asistencia a la mayoría de los problemas de salud del paciente.

Resiliencia:

Capacidad de una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, el diagnóstico de una enfermedad, una invalidez.

Riesgo cuaternario:

Riesgo de enfermar o morir debido al uso inadecuado en cantidad o calidad de los fármacos, de la asistencia y lugar de asistencia sanitaria inadecuada, que puede conllevar, cascadas de pruebas diagnósticas, sobrediagnósticos y sobretratamientos.

Salud holística:

Estado de equilibrio que integra a todos los componentes psicológico, físico, social y espiritual de la salud.

Salud:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Salutogénica:

Enfoque positivo de la salud. Se centra en el origen de la salud y en los activos sociales para generar salud.

Servicios de cuidado a largo plazo:

La persona mayor que recibe estos servicios es aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estada, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

Servicios socio-sanitarios integrados:

Beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía.

Sindemia:

Concentración de dos o más epidemias o brotes de enfermedades en una población que interaccionan y son condicionadas por circunstancias sociales, políticas, económicas en un periodo o lugar.

Sororidad:

Solidaridad entre mujeres que se encuentran en situaciones de discriminación o vulnerabilidad ante comportamientos machistas.

Vejez:

Construcción social de la última etapa del curso de vida.

ABREVIATURAS

- AA:** Machine learning
- ACP:** Atención Centrada en la Persona
- AIPM:** Atención Integrada para Personas Mayores
- AP:** Atención Primaria
- AVD:** Actividades de la vida diaria
- CAP:** Comunidad de Aprendizaje de Médicos del Mundo
- CDFUE:** Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea
- CDHNU:** Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
- CE:** Constitución Española
- CEDH:** Convenio Europeo de Derecho Humanos
- CERMI:** Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
- CIE:** Clasificación Internacional de las Enfermedades
- CLD:** Cuidados de Larga Duración
- Comité DESC:** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- COVID-19:** Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave de Tipo 2 y CoV-SRAG-2
- CT:** Tomografía computarizada
- DAFO:** Debilidad, Amenaza, Fortaleza y Oportunidad
- DUDH:** Declaración Universal de Derechos Humanos
- EAIPM:** Enfoque de Atención Integrada para Personas Mayores
- EAP:** Equipos de Atención Primaria
- EPA:** Educación Permanente de Adultos
- EPI:** Equipos de Protección Individual
- EPTS:** Educación Para la Transformación Social

- ESE:** Estatus socioeconómico
- FJ:** Fundamento Jurídico
- FOESSA:** Fundación de Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada
- IA:** Inteligencia Artificial
- IMV:** Ingreso Mínimo Vital
- INE:** Instituto Nacional de Estadística
- LAPAD:** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
- MAT:** Línea de Muy Alta Tensión
- MdM:** Médicos del Mundo
- OCDE:** Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
- OG:** Observación General
- OMC:** Organización Médica Colegial
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- PET:** Tomografía por Emisión de Positrones
- PIDCP:** Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- PIDESC:** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- RAE:** Real Academia Española
- RANM:** Real Academia Nacional de Medicina Española
- RNM:** Resonancia Magnética Nuclear

SEGG: Sociedad Geriátrica y Gerontología

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SIAP: Sistema de Información en atención Primaria del sistema Nacional de Salud

SIP: Documento que acredita como usuario del sistema sanitario público

SNP: Polimorfismo de Nucleótido Único

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPCD: Síntomas Psicológicos Conductuales asociados a la Demencia

SPECT: Tomografía Computarizada de Emisión Monofotónica

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

TC: Tribunal Constitucional

TdD: Titulares de Derechos

TdO: Titulares de Obligaciones

TdR: Titular de Responsabilidad

TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCM: Universidad Complutense de Madrid

UDP: Unión Democrática de Pensionistas

UE: Unión Europea

UGA: Unidad Geriátrica de Agudos

UNECE: Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa

UVI: Unidades de Vigilancia Intensiva

PRESENTACIÓN

Este informe sobre *La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud* es el cuarto de la serie de informes anuales iniciada por la fundación HelpAge International España en 2020 con *La discriminación por razón de edad en España*. A este siguieron *El derecho a los cuidados de las personas mayores* (2021) y *La discriminación de las personas mayores en el ámbito laboral* (2022), con la publicación ampliada de uno de los capítulos titulada: *Discriminación por edad en el ámbito laboral: ¿Qué dicen las personas?* Con el actual, los *Informes* de HelpAge International España alcanzan su mayoría de edad y se consolidan como uno de los productos más característicos de nuestra organización.

Dedicamos el Informe de 2023 al derecho a la protección de la salud porque las Naciones Unidas van a celebrar dos reuniones de alto nivel sobre este mismo tema, una sobre cobertura sanitaria universal, y otra sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias. HelpAge International está desarrollando una importante labor para incluir a las personas mayores en el marco de estas reuniones.

Al igual que los anteriores, este Informe está realizado desde un enfoque basado en derechos, es decir, desde una mirada holística, transversal y multidisciplinar, sostenida con datos cuantitativos y cualitativos, con finalidad práctica, garantista y reformadora.

El informe parte del concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por tanto, el Informe tiene en cuenta los condicionantes físicos y mentales, pero también otros determinantes (sociales) que afectan a la salud. Asimismo, como los anteriores, está alineado con la acción internacional de HelpAge a favor de los derechos de las personas de edad avanzada en el mundo, en pro de una Convención Internacional para los Derechos de las Personas Mayores.

El Informe sigue la estructura de los anteriores. En el Primer Capítulo se explica que, al igual que en otros países, España conoce el **edadismo** y las diversas formas de **discriminación** que padecen las personas mayores, una realidad que afecta negativamente a la protección y el fomento de su salud. Los profesionales de la sanidad, los educadores, la Administración y la sociedad en general aparecen, junto a las personas mayores, como los responsables de librar la batalla contra la invisibilidad y los estereotipos que condicionan de manera negativa la plenitud del derecho.

El Segundo Capítulo aporta **datos actualizados** sobre esta discriminación, incluyendo análisis cuantitativos y un escueto análisis cualitativo de las opiniones expresadas por las personas mayores sobre esta situación.

Los Capítulos Tercero y Cuarto abordan el **ámbito normativo** del derecho a la salud de las personas mayores. El primero de ellos, partiendo de la naturaleza del derecho a la salud como **derecho social** y su conexión con los derechos civiles en el área de la salud, realiza un rastreo legal desde los ámbitos universales y regionales europeos hasta

el español. El Cuarto, siempre desde una mirada jurídica, enfoca asuntos concretos de absoluta actualidad, uno reciente, la salud de los mayores en tiempos de pandemia, y otro de presente y futuro, la **inteligencia artificial** aplicada a la salud y los cuidados de las personas mayores.

A continuación, sigue un bloque de cuatro capítulos interesados en algunas cuestiones específicas y relevantes relacionadas con el acceso a la salud de las personas mayores. El Capítulo Quinto aborda los principales retos de la atención al adulto mayor tanto desde la **perspectiva preventiva** como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pasando por la rehabilitación y los **cuidados paliativos**. El Sexto trata los **determinantes** sociales de la salud en la persona mayor: la pobreza, el género, la vivienda, la soledad... son identificados y analizados para dar respuesta a los retos que plantean. El Capítulo Séptimo versa sobre cómo los procesos discriminatorios asociados al edadismo tienen un efecto significativo y negativo sobre la **salud mental** de las personas mayores. Este bloque termina en el Capítulo Octavo, analizando los cuidados a personas mayores en situación de dependencia y el uso y abuso de sujeciones tanto físicas o mecánicas como químicas o farmacológicas.

El quinto bloque del Informe está compuesto por dos capítulos que nos cuentan miradas y experiencias prácticas de acceso a la salud. El primero de ellos, el Capítulo Nueve, aborda la salud de las personas mayores y la importancia de la Atención Primaria en el **medio rural**, a partir de la experiencia personal de una médica de familia. El Décimo y último comparte las lecciones aprendidas a partir de proyectos de personas mayores en situación de **exclusión social** con un enfoque de derecho a la salud.

El Informe se cierra con una serie de **recomendaciones** a las administraciones públicas, a las empresas y a todos los actores que componen la sociedad española para asegurar el derecho a la salud en las personas mayores.

El Informe sobre *La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud* ha sido elaborado en el marco de un convenio entre el Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València y la Fundación HelpAge International España. La coordinación del Informe ha estado a cargo Belén Martínez Perianes, (responsable de Agenda 2030 y Formación de la Fundación de HelpAge International España), de María Dalli (investigadora Ramón y Cajal, del Departamento de Derecho Constitucional de la Universitat de València) y de Fernando Flores (director del Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València).

Los autores y autoras del Informe son Jose Manuel Ribera Casado (Catedrático Emérito de Geriátría de la UCM), Aída Díaz-Tendero Bollaín (Profesora-Investigadora del Departamento de Ciencia Política y de la Administración de la Universidad Complutense de Madrid), María Dalli (investigadora Ramón y Cajal, del Departamento de Derecho Constitucional de la Universitat de València), Miguel Angel Presno Linera (Catedrático de Derecho Constitucional en la Universidad de Oviedo), José Augusto García Navarro (Geriatra y Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología), José Tarazona Santabalbina (Doctor en medicina y especialista en geriatría, actualmente Vocal clínico en la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología), Andrés Losada (Vicepresidente de Gerontología de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Catedrático de Psicología en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos), María Márquez (Profesora Titular, en la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de

Madrid), Sacramento Pinazo (Profesora Titular del Departamento de Psicología Social, Universitat de València), Gloria Rabaneque Mallén (Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Master en Envejecimiento y Salud por la Facultad de Medicina de Valencia), Felicitas Ibañez (Técnica de envejecimiento y crisis climática en sede central de Médicos del Mundo), Valentín Márquez Luna (Coordinador de proyectos de Inclusión de Médicos del Mundo Andalucía), Linda Pizzoli (Técnica de Intervención Social. Médicos del Mundo Andalucía), Juan Antonio Díaz (Técnico de Intervención Social de Médicos del Mundo Andalucía), Begoña Espinosa de los Monteros Álvarez (Técnica de Intervención Social. Médicos del Mundo Andalucía), Ghizlane El Abbadi. (Técnica de Intervención Médicos del Mundo Andalucía), Cristina Ginja Santos (Técnica de intervención Médicos del Mundo Extremadura).

Una versión preliminar del Informe fue revisada por Pedro Martínez Olmos, antiguo Secretario General de Sanidad en el Ministerio de Sanidad.

El Informe ha sido financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a través de la Subvención del 0,7%, y pretende contribuir a formular propuestas y a generar debates para hacer frente a los retos que tanto la sociedad española como sus administraciones tienen planteados en este campo.

Capítulo I

**LA DISCRIMINACIÓN EN LA
PROTECCIÓN DE LA SALUD DE
LAS PERSONAS MAYORES**

José Manuel Ribera Casado

Catedrático Emérito de Geriátría. Facultad de Medicina

Universidad Complutense de Madrid

1. **Introducción y planteamiento del problema**
2. **La discriminación por edad existe. Profesionales y ciudadanos son conscientes del problema... ¡aunque actúen como si no lo fueran!**
3. **Un problema muy extendido: algunas evidencias de discriminación etaria en el campo de la salud**
4. **¿Qué podemos hacer?**

Este Capítulo versa sobre la discriminación en la protección de la salud de las personas mayores contemplada desde una perspectiva global. Partiendo de la realidad del edadismo y el trato desigual que este inflige en las personas mayores, aborda temas y casos concretos que deben ser conocidos y corregidos.

Pretende ser lo más informativo posible, y con ello facilitar la reflexión individual del lector con respecto a la temática propuesta.

1. Introducción y planteamiento del problema

El 30 de noviembre de 2022 la RAE (Real Academia Española) incorporaba en su diccionario la palabra “**edadismo**”. Lo definía como “**discriminación por razón de edad de las personas mayores o ancianas**”. Una definición que busca dar cabida en español al término inglés *ageism*, acuñado por Robert Butler en 1969. Al componente de *discriminación* del término *ageism* se incorporaron otros dos desde su inicio; el afectivo, cuyas expresiones serían los sentimientos y los prejuicios; y el componente que cabría llamar cognitivo, expresado a través de las creencias y de los estereotipos. Los estereotipos y los prejuicios representan casi siempre conductas encubiertas, la discriminación comportamientos que pueden ser observados más fácilmente (Nelson, 2002). En 2009 el *ageism* fue redefinido como “estereotipos, prejuicios y/o discriminación contra las personas mayores, basados en su edad cronológica o en la percepción de su condición de mayores” (Iversen, 2009). Cabría incluir, también, aquello que conocemos por *paternalismo*, que no deja de ser sino una actitud benevolente pero impositiva, que confronta de lleno con el principio bioético de autonomía.

Cualquiera de estos componentes puede manifestarse de forma explícita o formar parte de manera implícita en los hábitos y comportamientos de las personas. En todo caso constituyen una unidad a la hora de establecer barreras que, entre otros inconvenientes, tienen el de dificultar la protección de la salud del ciudadano de más edad. Aunque este capítulo se focalice en la “discriminación por edad”, el componente operativo más visible y estudiado del edadismo, nunca deberemos olvidar que **tanto los prejuicios como los estereotipos y las actitudes paternalistas** tienen identidad propia, están incorporados al conjunto del edadismo, suelen asociarse entre sí, ser causa de conductas discriminatorias y **contribuyen a limitar las intervenciones positivas en materia de salud** dirigidas a este colectivo.

La discriminación por edad se suma con frecuencia a otras formas de discriminación, a otros “ismos” igualmente frecuentes y nocivos, como el racismo o el sexismo, interactuando con ellos y potenciando de este modo sus efectos negativos. Por ello este aspecto debe, también, ser tomado siempre en consideración al afrontar el problema (Gans y otros, 2003). Un estudio de la Universidad de Alabama muestra cómo las conductas edadistas se ceban más en aquellos estratos sociales con menos recursos socioeconómicos, un nivel educativo y cultural más pobre y, dentro del contexto americano donde se llevó a cabo el estudio, con los ciudadanos de raza negra (Williams, Steponikova y otros, 2023).

La RAE sólo recoge en su definición de edadismo el componente de discriminación, sin duda el más importante y extendido en el mundo de la salud, pero hubiera estado bien incorporar, igualmente, a los otros elementos mencionados por lo que tienen de agresión objetiva –consciente o no- a la persona de edad avanzada, tanto en su versión individual como cuando se contempla como colectivo poblacional. En cualquier caso la decisión de la RAE es muy positiva, ya que oficializa un fenómeno tan extendido como ignorado en la práctica por la sociedad, sea cual sea el ámbito desde el que se analice. En último término el edadismo –sesgos basados en la edad– influye en la forma de entender y aplicar la medicina y pueden dar lugar a decisiones en materia de salud profundamente negativas y evitables (Lenchik y otros, 2023).

Como punto de partida de estos comentarios cabe recordar, también, que discriminar por edad vulnera frontalmente el principio bioético de autonomía y, sobre todo el de equidad.

Además, cualquier forma de discriminación, incluida la etaria, se enfrenta no sólo a los principios de la bioética sino que tampoco tiene cabida y aparece prohibida de forma explícita en cualquier otro ámbito legal o administrativo. Lo dice nuestra Constitución en su artículo 14. También la Ley General de Sanidad de 1986 en el artículo 1.2, la Organización Médica Colegial (OMC) en algunos de sus textos de referencia (OMC, 2014) y aparece rechazada en el nuevo código deontológico de la OMC aprobado en 2023 en su artículo 4.2. HelpAge International España tiene publicado un extenso estudio sobre los derechos de las personas mayores donde se desarrolla extensamente esta cuestión (HelpAge International España, 2021).

Este rechazo, aparece igualmente reflejado de forma explícita a nivel internacional, en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. La Asamblea General del Comité de Médicos de la Unión Europea nos recuerda que: “Los derechos de las personas mayores son idénticos a los del resto de los ciudadanos. Las personas mayores deben tener el mismo acceso a los sistemas de salud que cualquier otro ciudadano sin ningún tipo de restricción” (Doctors’ Standing Committee, 1990). La Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en lo mismo en su informe de 2015 sobre salud y edad “hay que desechar los conceptos ageistas y hacer prevalecer una aproximación más ética” (OMS, 2015). En otros capítulos de este libro se desarrolla más extensamente la normativa al respecto¹.

2. La discriminación por edad existe. Profesionales y ciudadanos son conscientes del problema... ¡aunque actúen como si no lo fueran!

Tradicionalmente muchos profesionales han considerado la edad, sin ningún tipo de escrúpulo y de forma generosa, como criterio para contraindicar determinadas formas de actuación médica. Lo han hecho por razones varias, que van desde un supuesto beneficio para el interesado hasta evitarle molestias y riesgos. Se trata de una actitud que, aunque atenuada en términos cuantitativos, en gran parte se mantiene viva a día de hoy.

Asumir una representación del anciano no otorgada a la hora de las decisiones, incluso cuando éste se encuentra en una buena situación mental, sigue siendo una actitud frecuente. Son prácticas edadistas discriminatorias, cuya realidad no implica que esta cualificación no sea conocida por el profesional. También lo es, en gran medida, por el conjunto de la sociedad, pacientes incluidos. Otra cosa es que se tienda a ocultarlo y no se hable de ello a menos que el tema se plantee de una forma explícita.

En este terreno los cambios de hábito se están produciendo con una lentitud que puede resultar incomprensible y hasta exasperante. En este apartado pretendo poner de manifiesto cómo se va interiorizando el tema, al menos en lo que corresponde al conocimiento de su existencia. En el siguiente se relatan ejemplos y situaciones del día a día que dan testimonio de lo real y extendida que resulta la discriminación por edad en el mundo de la salud.

Se ha dicho que al abordar el problema del edadismo en su vertiente más vinculada con la discriminación, las cuestiones relacionadas con la salud han recibido menos atención y un número de estudios inferior al dedicado a algunas otras materias que toman como referencia otros campos de discriminación relacionados con otras áreas temáticas (Luo

¹ Más detalles sobre esta cuestión pueden encontrarse en el capítulo 4 de este libro.

y otros, 2021). Esa afirmación resulta difícilmente sostenible y es probable que guarde relación con el “ocultismo” universal mantenido sobre las cuestiones que correlacionan discriminación y salud y con la escasa conciencia de culpa que suele tener la sociedad en su conjunto, incluyendo a una buena parte de los profesionales acerca de este hábito.

En contraposición con lo anterior, alguna publicación y algunas opiniones han llegado a calificar la discriminación por edad como un factor de riesgo independiente para la aparición y desarrollo de enfermedades crónicas (Allen, 2016). **Las evidencias que constatan prácticas médicas discriminatorias, sea cual fuere el ámbito de especialidad analizado, son abrumadoras.** Esto es así tanto fuera como dentro de nuestro país, por más que, como queda apuntado, pueda resultar cierta la existencia de una especie de velo de silencio cuando se abordan estas cuestiones (Ribera, 2016). La extensión del fenómeno es enorme y, en gran parte de los casos, ni los profesionales que llevan a cabo estas prácticas discriminatorias, ni la población que las sufre, las verbaliza y las denuncia de forma explícita de manera espontánea. En ocasiones ni siquiera tiene una clara conciencia de ello. Esta situación ha mejorado algo a raíz de la aparición, desarrollo y aplicación progresiva de modelos validados de valoración como la llamada *Everyday Ageism Scale*, que permiten explorar, detectar y cuantificar su existencia (Allen y otros, 2022).

Cuando se profundiza en el tema y se confronta directamente con la población implicada su conocimiento del fenómeno, las respuestas que se obtienen acerca de las propias experiencias son muy interesantes. La primera sorpresa es que **se trata de un fenómeno tan extendido como conocido**, aunque de ello no se desprendan en la práctica –o lo hagan en una proporción mínima- conductas activas para luchar contra el mismo. La conciencia de que estamos hablando de un fenómeno real ha ido creciendo a medida que nos aproximamos a la época actual y tiene lugar con independencia del tipo de problemas que se aborden. Lo perciben las víctimas, lo conocen los profesionales y también la sociedad en su conjunto. Un informe de la Organización Mundial de la Salud aparecido en 2021 señalaba que un tercio de la población europea de edad avanzada se consideraba víctima de conductas edadistas y que hasta la mitad de la población adulta en nuestro continente llevaba a cabo este tipo de prácticas (OMS, 2021). Es muy probable que esta proporción se quede muy corta según se desprende de numerosos estudios monográficos realizados en distintos países.

Otra cuestión en la que han puesto el énfasis algunos estudios tiene que ver con las diferentes formas de entender la magnitud del problema de acuerdo con la edad de la población a la que se pregunte, del grado de “benevolencia” con el que es juzgado por cada individuo y, con más frecuencia de la presumible, con la que es socialmente aceptado cuando el colectivo aludido está compuesto por personas mayores (Gans y otros, 2023).

Nosotros recogimos hace unos años la opinión de un grupo de profesionales que trabajaban con personas mayores en diferentes ámbitos laborales sobre distintos aspectos relacionados o no con la salud (Fernández y otros, 2016; Ribera y otros, 2016). La muestra, con una edad media de 44 años, era de 174 profesionales (59% médicos) y sus opiniones tenían una sólida base de cualificación. Todos eran miembros de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y llevaban, por término medio, 17 años trabajando con población mayor. A los participantes se les pidió definirse sobre algunos supuestos tras el epígrafe “Cree usted que en la práctica habitual existe discriminación en...”, a continuación se

introducían diferentes referencias conductuales observables, con un formato de respuesta dicotómico (Sí/No) y la alternativa “No sé”. Las cuestiones planteadas se referían tanto al ámbito sanitario como al social. Las respuestas pormenorizadas pueden encontrarse en las referencias señaladas más arriba. En su conjunto eran demoledoras. En veinte de los supuestos que se ofertaban el porcentaje de respuestas positivas en relación con prácticas discriminatorias oscilaba entre el 60% y el 93%. En los otros ocho, lo hacía entre el 36 y el 56%.

Existen evidencias de que **una de las consecuencias del edadismo es su asociación con un peor estado de salud**, por razones que van desde la negación, explícita o no, a que la víctima pueda tener acceso sin trabas a determinados medios diagnósticos y/o terapéuticos, hasta las dificultades para acceder a los servicios de salud o a las campañas de prevención. También a las limitaciones para llevar a cabo programas de investigación centrados en este colectivo que ofrezcan evidencias científicas a problemas específicos.

En los Estados Unidos un estudio reciente explora la opinión de 2.035 sujetos con edades comprendidas entre los 50 y los 80 años, en relación con su percepción personal de vivencias discriminatorias percibidas en el día a día, y de su eventual repercusión sobre la propia salud. Los resultados, una vez más, resultan abrumadores. Un 93.4% de los participantes afirmaban ser víctima habitual de prácticas edadistas con proporciones crecientes según era mayor la edad de la persona encuestada. En este estudio el edadismo incluía, junto a la discriminación, cuestiones referidas a los estereotipos y a los prejuicios relacionados con la edad (Allen y otros, 2022).

El trabajo encontró también **una vinculación significativa entre las prácticas discriminatorias y el peor estado de salud físico y mental de la población encuestada**, así como con la depresión y con la presencia de enfermedades crónicas. Los autores concluyen que en la población mayor estudiada las interacciones entre las propias creencias y los mensajes edadistas pueden ser perjudiciales para la salud y exigen esfuerzos a todos los niveles para poder avanzar. Unos esfuerzos que se extienden desde aquellos dirigidos a modificar las propias ideas y actitudes, hasta llegar al diseño de políticas sociales y administrativas para intentar erradicar esta lacra.

En **España**, a un nivel más modesto, una encuesta telefónica llevada cabo sobre una muestra de 409 jubilados mayores de 65 años pertenecientes a la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) preguntaba directamente por ocho eventuales supuestos de discriminación en los ámbitos médico y social. Todos los supuestos mostraban respuestas confirmatorias de este hábito en unas proporciones que oscilaban entre el 8 y el 33% de los encuestados (Unión Democrática de Pensionistas, 2016).

Otra revisión extensa y actual nos muestra la universalización del tema. Analiza diferentes trabajos publicados en países con características muy distintas entre sí, desde Brasil y la Republica Sudafricana hasta Irlanda, Polonia, Australia y los Estados Unidos, sobre la conciencia o no por parte de la persona mayor de haber sido víctima de prácticas discriminatorias por razones de edad. Las proporciones varían, pero las respuestas positivas son muy abundantes, llegando en algunos casos a alcanzar al 43% de la población estudiada (De Souza y otros, 2023).

Hay frases populares en nuestro idioma que sentencian y oficializan de manera indiscutible la generalización del sentimiento edadista. Suponen una invitación explícita

a la resignación y dejan poco margen para la duda. La expresión tan extendida de “a su edad ¿qué querrá?” ha sido utilizada para un estudio cualitativo llevado a cabo en el mundo de la enfermería, donde, a partir del mensaje encerrado en esa frase, se abunda en las dificultades de la persona mayor para superar los problemas de tipo edadista (Martínez Angulo y otros, 2023). No es la única frase de esta naturaleza. Cabe recordar en este contexto otras sentencias, igualmente cínicas, incitadoras al edadismo y muy extendidas en nuestro idioma, como la que nos recuerda a los mayores eso de que “bastante bien está Vd. para los años que tiene”, o aquella que afirma sin ningún rubor que lo que le ocurre a la persona mayor “son cosas de la edad”. No son las únicas perlas que podemos encontrar.

3. Un problema muy extendido: algunas evidencias de discriminación etaria en el campo de la salud

Las referencias de trabajos que estudian modelos diversos y específicos de discriminación por edad vienen de antiguo y, con frecuencia, incluso han sido denunciadas con carácter editorial en revistas de primer nivel (Currie, 1987; Rhind, 2006; Jahningen, 1986). Sin embargo, la reciente pandemia debida al COVID-19 quizás haya sido el ejemplo más evidente en estos últimos años a la hora de manifestar de forma cruda y dramática, la existencia de una no-disimulada discriminación por edad. También de la manera a través de la cual este fenómeno unido a otras formas de edadismo como los prejuicios, puede operar en la vulneración de los derechos de las personas mayores e influir negativamente en los principios que deben regir la protección a su salud. Los hechos, tanto en España como en otros países, han sido bien elocuentes, están descritos en numerosos trabajos y no creo necesario insistir en ello demasiado (Ribera 2020,a-b; Landry, 2020; Werner, 2022). Algunas publicaciones se han adentrado en el difícil campo de las reflexiones éticas acerca del papel, mejor o peor, que la edad puede jugar en este tipo de decisiones (Albertsen, 2023).

La población de más edad ha sido la más castigada por el COVID-19. Fue el primer grupo que se vio afectado, el que generó mayores tasas de contagios, manifestaciones más severas y mayores demandas de atención hospitalaria, sobre todo en los servicios de urgencia y en las unidades de cuidados intensivos. Lideró de forma destacada el apartado de fallecimientos. Se generaron problemas sociales ¡y éticos!, mal resueltos a la hora de buscar, planificar y ejecutar soluciones inteligentes, validas y adecuadas a cada circunstancia individual. No resulta exagerado afirmar que las administraciones, las instituciones, los profesionales y la sociedad en su conjunto han dado muestras evidentes de edadismo y han actuado de manera negligente y discriminatoria en España y en los países de nuestro entorno a lo largo de la pandemia, especialmente durante sus primeras fases.

La edad fue utilizada como criterio de rechazo por muchas instituciones. Se vivieron en todo el país momentos trágicos de aislamiento, soledad e incomunicación. Sin embargo, en las investigaciones llevadas a cabo durante la pandemia se ha primado a los grupos más jóvenes a la hora de seleccionar las muestras de población objeto de cualquier tipo de búsqueda para lograr mejoras diagnósticas y terapéuticas. Incluso se ha obviado a los mayores en las investigaciones conducentes a encontrar vacunas eficaces. Unas vacunas que, en gran medida, debían ser aplicadas directamente a este sector etario (Withan, 2021).

Sin embargo, desde mucho antes de la aparición de la COVID-19 existen evidencias abundantes de que esta discriminación por edad, planteada en cualquier nivel asistencial, es bien conocida, está muy extendida y documentada, afecta a todas y cada una de las especialidades médicas y ha generado estudios relevantes publicados en las revistas médicas de primer nivel desde hace décadas sin que, hasta el momento, se hayan modificado sustancialmente los protocolos y las conductas que rigen esta manera de actuar. En un trabajo anterior señalaba yo (tabla 1) aquellos ejemplos que a mi juicio suponían los principales campos en los que la discriminación se manifestaba dentro del mundo médico (Ribera, 2016).

Tabla 1.- Algunos ejemplos de discriminación por edad en medicina

1. En atención primaria y promoción de la salud

- Falta de formación específica del médico.
- Exclusión del anciano en numerosos programas públicos de promoción de salud y de cribado de enfermedades.
- Pobre representación del anciano en estudios de intervención sobre factores de riesgo bien conocidos.
- Mínima representación en ensayos clínicos con fármacos orientados de forma específica hacia la población de más edad.
- Trato discriminatorio (ubicación en pasillos, establecimiento de prioridades) en algunos servicios de urgencia y en los criterios de hospitalización.

2. En el acceso a unidades especiales y a la alta tecnología²

- Persistencia de criterios de edad en numerosas ocasiones para el acceso a UVI, UCI, unidades coronarias, etc.
- Rechazo histórico inicial a los programas de diálisis crónica.
- Dificultades para el acceso a técnicas diagnósticas complejas.
 - en el campo de la imagen (CT, SPECT, PET, RNM, algunas técnicas ecográficas, ...)
 - en cardiología (ergometrías, Holter, ecocardiogramas ...)
 - en medicina nuclear.
 - en algunas técnicas sofisticadas –y caras- de laboratorio.
 - en la práctica de biopsias diagnósticas sobre determinados órganos (riñón).
 - en los criterios para acceder a algunas técnicas endoscópicas.

² Esta relación no es universal ni en su contenido ni en su aplicación por parte del conjunto de los profesionales médicos. La tendencia general es hacia la mejora. Sin embargo, todos y cada uno de los puntos enumerados están contrastados con ejemplos vividos y con la propia literatura médica.

- Limitaciones históricas y, en algunos casos actuales, para determinadas formas de cardiología intervencionista.
- Lo mismo ante algunas técnicas de radiología intervencionista (pruebas angiográficas, punciones dirigidas, quimioterapia, etc. ...)

3. En procedimientos terapéuticos habituales

- Marginación o delegación a la hora de conseguir el consentimiento informado.
- Criterios de edad en cirugía para:
 - ser excluidos de algunas indicaciones.
 - la confección de las listas de espera.
 - el establecimiento de prioridades.
- En oncología:
 - en numerosos protocolos diagnósticos y/o terapéuticos (cirugía, radio o quimioterapia, etc.).
 - en el establecimiento de prioridades.
- En la terapia farmacológica habitual:
 - no utilización de fármacos de eficacia comprobada en algunos procesos, bien sea por ignorancia o por razones económicas o de otro tipo.
 - desinterés en controlar el número de fármacos o los eventuales efectos secundarios de los mismos.
 - laxitud en el seguimiento.
 - descuido ante el riesgo de iatrogenia.
- En los tratamientos anticoagulantes. Reticencias ante:
 - los procedimientos fibrinolíticos.
 - las indicaciones de la anticoagulación oral.
 - el manejo de las diferentes formas de heparina.

La comparación entre la literatura médica pre y post COVID-19 muestra que las cosas no han mejorado demasiado. Reiteraré algunos ejemplos referidos a varias áreas médicas distintas, aunque las posibilidades de encontrar publicaciones en cualquier campo que se considere son infinitas. Con carácter general siguen primando los criterios de edad cuando, en el marco de cualquier especialidad se plantea la posibilidad de recurrir a procedimientos diagnósticos o terapéuticos más o menos complejos, pero, sobre todo, de alto coste. Y también con carácter general sigue siendo habitual encontrar en los informes del especialista de turno expresiones como “modificaciones (o alteraciones) compatibles con la edad”, sin entrar en más detalles. Nunca ocurre algo equivalente si la radiografía o

el electrocardiograma de turno corresponde a un adulto en la llamada edad media de su vida.

La oncología es una especialidad en progresión, donde la aparición de procedimientos –farmacológicos o no- cada vez más eficaces para luchar a nivel preventivo y terapéutico contra toda suerte de tumores se hace cada vez más evidente. Cabría pensar que ello hubiera modificado los protocolos en orden a extender los beneficios a toda la población sin matices relacionados con la edad. Sin embargo, esto no ha sido así en gran número de casos.

Por no ir muy atrás en el tiempo, destacaré que diferentes encuestas de principios de este siglo, realizadas en ámbitos geográficos muy distintos, muestran que los profesionales de la especialidad, médicos, enfermeros, técnicos y hasta estudiantes, trabajando en unidades oncológicas de carácter muy diverso, cuando son preguntados al respecto hablan de sesgos, trabas y exclusiones, tanto en la utilización de procedimientos de despistaje como puede ser el caso del acceso a mamografías, como en aquellos que están centrados en las diferentes formas de tratamientos, médicos o quirúrgicos. Denuncian actitudes negativas mantenidas y significativas hacia el viejo con independencia del género de los encuestados, de su profesión, del grado de experiencia clínica o del tipo de tumor sobre el que se pregunte (Kearney, 2000; Carpuso, 2002; Muss y otros, 2010).

La situación no ha cambiado mucho en tiempos más recientes, como se desprende de la literatura médica al respecto. Una revisión actual pone el énfasis en las numerosas secuelas negativas que determinan este tipo de conductas, así como en la pobreza de estudios y en la poca atención que los médicos y las publicaciones científicas dedican al tema (Krasovistki, 2023). Otra revisión extensa, multinacional, publicada en este mismo año, lo manifiesta, igualmente, y aboga por afrontar el combate contra el edadismo a través de un trabajo en equipo multidisciplinar que facilite la detección del problema y permita sumar esfuerzos procedente de distintos ámbitos profesionales a la hora de diseñar tanto programas y protocolos de actuación como las decisiones individuales correspondientes (Haase, 2023).

Otro campo clásico es el de la patología cardiovascular. Quizás fuera de las primeras áreas médicas en que se tomó conciencia de prácticas discriminatorias y donde aparecieron denuncias a través de trabajos específicos. Son quejas que vienen, al menos, desde los años ochenta del siglo pasado. Seleccione unas mínimas referencias entre otras muchas posibles (Montague, 1991; Yusuf, 1991; Bowling, 1999; Yan, 2006).

En el caso concreto de la enfermedad coronaria aguda, la evidencia de muchos de los estudios citados muestra diferencias importantes, se tarda más en atender a la persona mayor y en llevarla al hospital, se aplican peor los protocolos diagnósticos, se cuestiona todavía en muchos sitios su ingreso en las Unidades Coronarias, se aplican peor los protocolos terapéuticos, se les excluye de los ensayos clínicos y se hace un seguimiento menos riguroso. Muchos de estos aspectos están confirmados en nuestro país e, incluso, editorializados por la revista oficial de la Sociedad Española de Cardiología. El estudio “Estrofa” valoró las formas de aplicar los recursos diagnósticos y terapéuticos en función de la edad en más de 3.500 pacientes mayores de 75 años que habían sufrido un infarto agudo de miocardio. La evidencia principal mostraba que a más edad eran peor estudiados y se seleccionaban formas de tratamiento menos eficaces. “No es país para viejos” era el título del editorial que comentaba el artículo (Sabaté, 2017).

En el mundo de la nefrología la evolución de la diálisis crónica constituye otra buena muestra de edadismo. Un expresidente de la sociedad científica oficial internacional de nefrología señalaba en 1994 que “resulta una ironía que aquellos pacientes que fueron en un principio específicamente excluidos de la diálisis, los ancianos, sean ahora el grupo de población que más rápidamente ha crecido a la hora de incorporarse a esta técnica” (Moss, 1994). Cuando, apenas unos pocos años antes, se habían puesto en marcha los primeros programas sobre esta materia se utilizaba la edad como criterio negativo de selección. La diálisis crónica era un recurso caro, escaso y, supuestamente, de riesgo alto para el paciente mayor. Pronto se vio que éste toleraba bien la técnica y mejoraba su expectativa de vida en términos cuantitativos y cualitativos. En los países donde la medicina privada es dominante, más allá de los criterios éticos, se constató pronto el excelente negocio que para aseguradoras y profesionales representan estas formas de intervención médica. Desde entonces la proporción de dializados de edad avanzada ha mantenido su crecimiento constante.

Siguiendo en esta especialidad y saltando en el tiempo podemos encontrar un estudio canadiense sobre 1.617 trasplantes renales llevados a cabo en aquel país entre los años 2006 y 2013. Concluyen que la edad supone un predictor negativo independiente para acceder a esta opción terapéutica, a pesar de que el 90% de los sujetos con insuficiencia renal tienen más de 45 años (Raissi y otros, 2023).

Me referiré, finalmente, dentro de este breve repaso, a dos campos multidisciplinarios, el de la prevención y el de los ensayos clínicos. Desde la perspectiva de la prevención una idea que, sorprendentemente, sigue manteniendo su vigencia en el cuerpo social y entre los profesionales es la de que lo que no haya sido hecho de manera precoz no tiene sentido plantearlo en edades avanzadas. Se trata de un error. En prevención existen dos principios generales. El primero, bien asumido por todos, es el que establece que “cuanto antes mejor”. El segundo, mucho menos aplicado, nos dice que no existe un tope de edad para tomar medidas preventivas. Lo denunciaba ya en 1997 un editorial de la revista *British Medical Journal* (White, 1997), lamentando que en el Reino Unido los ancianos hubieran sido excluidos de las políticas antitabaco.

En el caso de los ensayos clínicos tampoco se ha mejorado mucho. Las llamadas vienen de muy antiguo y se mantienen a día de hoy (Cherubini, 2010; *Lancet*, 2001; Cruz-Jentoft y otros, 2013). **A la hora de seleccionar a los participantes en el estudio se excluye al anciano en cualquier especialidad, incluso cuando se buscan fármacos específicos para patologías típicas de la edad avanzada.** Se trata de algo que el COVID-19 también ha confirmado. Como queda señalado en la búsqueda de vacunas y tratamientos eficaces resulta poco menos que simbólica la presencia de personas mayores. Un estudio a este respecto señala que sobre 847 ensayos clínicos relativos al COVID-19, en el 23% (195 casos) el diseño establecía un punto de corte en base a la edad y en la mitad de estos estudios no se habían incorporado pacientes por razones relacionadas con la edad (Helfand y otros, 2020).

Los ejemplos siguen siendo infinitos. Una revisión a nivel mundial publicada este año pone de manifiesto la escasa presencia de ensayos clínicos sobre tumores sólidos dentro del universo geriátrico (Huang y otros, 2023). Las llamadas a superar estas barreras se suceden. Un artículo editorial reciente de la revista oficial de la sociedad americana de

geriatría hablaba de “desafío permanente” y pedía promover la ciencia de la investigación en geriatría (Kuchel, 2019).

4. ¿Qué podemos hacer?

Visto todo lo anterior debemos tener claros al menos los siguientes puntos:

- a) que la discriminación por edad en el campo de la salud es una realidad muy extendida, bastante universal, mantenida en el tiempo y que ha mejorado poco en el curso de los últimos decenios;
- b) que cada vez en mayor medida la sociedad en su conjunto, los profesionales y los propios ancianos van tomando conciencia de esta lacra, aunque se actúa como si no existiera y hasta el momento apenas se hayan puesto en marcha medidas eficaces para luchar contra ella;
- c) que las prácticas discriminatorias en sí mismas y el escaso éxito operativo para combatirlas hace difícil tomar medidas legales y administrativas eficaces;
- d) que, en todo caso, hay que buscar y encontrar fórmulas que nos permitan avanzar en la lucha contra cualquier forma de edadismo.

A los factores que determinan desde la fisiología la “indefensión” de la persona mayor, o al menos las menores posibilidades de defensa en un mundo que les puede resultar muy hostil, cabe añadir otros **aspectos no biológicos pero que incrementan sus limitaciones**. Entre ellos la condición de “jubilados”, con la consecuente merma de recursos económicos, de capacidad adquisitiva y de participación en decisiones que les afectan directamente. Esta peor capacidad de respuesta se ve facilitada por los problemas sociales de los que suele ser víctima. Entre los más importantes la soledad, el aislamiento, las dificultades para la comunicación y para el manejo de las modernas tecnologías, la tendencia a la resignación, el desinterés por el entorno, o el escaso hábito que muestra este colectivo hacia el asociacionismo como forma de defensa.

Una reflexión previa interesante es la que plantea la posibilidad de que la vulnerabilidad del anciano, física, mental y social, algo que en mayor o menor medida es intrínseco al proceso de envejecer, puede constituirse en un factor negativo que contribuya a la práctica de actitudes edadistas y discriminatorias. Son pérdidas derivadas del hecho de envejecer que aparecen de una manera muy desigual entre unos y otros individuos. También entre los componentes orgánicos de una misma persona y en cuanto a su cadencia de aparición y su su grado de intensidad. Se derivan, como queda dicho, de los cambios primarios y secundarios que siempre acompañan al envejecimiento.

A juicio de quienes piensan así la discriminación por edad podría parecer justificada en la medida en la que el hecho de no tener en cuenta ese factor a la hora de distribuir recursos resultaría antieconómico y plantearía problemas éticos. Se argumenta que aplicar recursos a un grupo de población que en sí misma ya lleva implícita la posibilidad de una peor respuesta podría no estar justificado. No entraré en la discusión. Ese planteamiento abre la puerta a otros muchos problemas de naturaleza muy variada y escapa a los objetivos de este capítulo. A esos efectos remito a las interesantes reflexiones de la profesora de la Universidad de Tübingen, Elisabeth Langmann (2013). Esta autora considera que **no ayuda en la lucha contra la discriminación el hecho de considerar al anciano como**

un ser vulnerable. La vulnerabilidad del anciano, en cualquier aspecto que se contemple, no debe ser entendida como una de sus señas de identidad, sino como una alarma sobrevenida que obliga a una mayor atención para evitar conductas edadistas. Opina que el edadismo no hace sino añadir una capa más de vulnerabilidad a las personas afectas.

El mismo título de esta última parte del capítulo “Qué se puede hacer” ha sido editorializado en la revista oficial de la Sociedad Americana de Psiquiatría Geriátrica para recoger y comentar un breve documento elaborado por algunos de sus miembros más cualificados (Ganguli, 2023). Destacan que escribir editoriales y comentarios en las revistas propias está muy bien y es necesario, pero supone algo así como intentar convencer a los ya convencidos. Mejora el panorama cuando estos mismos profesionales transmiten el mensaje a través de los diferentes medios de comunicación para los que se solicita, frecuentemente, su presencia. Insisten en que hay que abrir mucho más los horizontes. Otros puntos de interés que consideran necesario difundir son las enormes diferencias interindividuales entre la población mayor, así como las que existen entre las sucesivas generaciones que van llegando a edades avanzadas poniéndolas en relación con los entornos socioeconómicos, culturales y sanitarios en cuyo marco se ha producido el envejecimiento correspondiente.

Evidentemente, reconocer que el problema existe y actuar en consecuencia es el paso previo para cualquier esfuerzo que intente solucionarlo. Las declaraciones de las instituciones, de las sociedades científicas y de los expertos en los temas son necesarias pero no bastan. Desde HelpAge International España, la colección de Cuadernos: *Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos* pretende sensibilizar al conjunto de la población sobre la discriminación etaria, contribuir a la promoción de políticas sociales y de igualdad y fomentar el empoderamiento de los hombres y mujeres mayores para que conozcan y reclamen sus derechos.

Educación en la no-discriminación por edad representa una necesidad bastante obvia. Hay que avanzar y huir de la resignación, educar a la sociedad y a los profesionales de la salud. Exigir y, quizás, hasta tomar medidas administrativas de carácter punitivo allá donde aparezca una vulneración del principio de equidad.

El compromiso de “educar” nos corresponde a todos, pero de manera especial a los profesionales que tratamos con los mayores, a los docentes a cualquier nivel, desde la escuela hasta la Universidad con independencia de la materia en la que se muevan, y a los que trabajan en los medios de comunicación. Otra forma de progresar en este terreno es conseguir que los mayores participen más en las tareas comunes (¡qué se asocien!) y sean capaces de reivindicar sus derechos (¡qué protesten!).

Hay publicaciones que muestran resultados positivos, al menos a corto plazo, a la hora de modificar ideas preconcebidas cuando se programan actividades de esta naturaleza. Citaré, por haberse llevado a cabo en nuestro país un estudio de la Universidad del País Vasco con 222 estudiantes de enfermería (San-Martín y otros, 2022). En esta misma línea de motivar a los estudiantes de profesiones sanitarias, cabe contemplar otro trabajo llevado a cabo en los Estados Unidos con alumnos de fisioterapia (Lee y otros, 2023). También se han publicado experiencias positivas en base a intervenir sobre la formación de estudiantes de rehabilitación mejorando sus conocimientos acerca de los cambios que se producen durante el proceso de envejecer e incrementando su contacto físico con personas mayores (Almarwani, 2023). Existen publicaciones que demuestran, igualmente,

los beneficios de esta actitud en referencia a los estudiantes de medicina (Lu y otros, 2010).

Junto a la educación otra vía de actuación importante es la, ya insinuada, de **potenciar la inter y multidisciplinariedad** a la hora de tomar decisiones de cualquier tipo que afecten a la salud de la persona mayor, especialmente en campos muy abiertos como puede ser la oncología. En este sentido existen experiencias positivas de colaboración entre geriatras y oncólogos, con el añadido de otros profesionales no médicos (Bagayogo, 2016). De hecho, cada vez resulta más frecuente oír expresiones que reflejan un trabajo en común como psicogeriatría, ortogeriatría, hematogeriatría, cardiogeriatría y otras similares.

Otras posibilidades eficaces de avance en este campo son aquellas que se centran en **potenciar la investigación**, no ya sólo en las materias relativas a los contenidos doctrinales de la geriatría y de la gerontología, sino también, en analizar las razones por las que existe la discriminación por edad y evaluar el peso que pueden tener determinadas iniciativas conducentes a superarla o, al menos, a mitigar sus efectos nocivos. A este respecto la revista oficial de la Sociedad Británica de Geriatría lamentaba no hace mucho el hecho de no haber sabido aprovechar la ocasión que nos había brindado la reciente pandemia.

Establecer diferencias teóricas o prácticas en función de la edad a la hora de distribuir y administrar cualquier tipo de prestación sanitaria es radicalmente injusto. La población de más edad considerada como colectivo es la que ha contribuido en mayor medida con su trabajo y sus impuestos a las mejoras de las que se beneficia y disfruta la sociedad actual. En algunos países se han establecido estrategias al respecto para superar este contrasentido (Fernando y otros, 2011).

Se necesita luchar contra los tópicos y dejar de asumir sin sonrojo algunas evidencias que se utilizan como argumentos para justificar ese tipo de prácticas. Modificar el “chip”, asumir como lógico y normal en nuestros sistemas operativos algo tan elemental como que las persona mayores consumen más tiempo en las consultas y en el seguimiento, que la comunicación puede ser más difícil que a otras edades y, con frecuencia, requiere del apoyo de terceros (familiares o cuidadores), o que son frecuentes las manifestaciones atípicas de las enfermedades.

Las administraciones públicas o privadas -y sus hospitales e instituciones sanitarias- tienden, de forma consciente o no, a dificultar la atención al añoso. Prima la economía del sistema sobre la salud y la calidad de vida de la persona mayor. La tendencia es a derivar fuera del sistema al paciente mayor con argumentos basados en los costes (riesgo de estancias más prolongadas, mayor consumo de recursos, dificultades para el alta, etc.). También se hace necesario insistir en la formación del profesional que atiende a estas personas dotándoles de un mínimo de conocimientos básicos en relación con las características del colectivo (Samra, 2015).

En la práctica disponemos de un enorme margen de mejora en el intento de superar actitudes edadistas y evitar o, al menos, paliar las consecuencias negativas derivadas de las mismas. Van desde la ya mencionada aplicación de los protocolos generales existentes en muchos campos de la salud hasta mejorar la información y la formación del profesional a la hora de aplicar correctamente principios médicos básicos que no plantean problemas en otras edades. Un ejemplo de esto último lo tenemos en el extraordinario margen de

mejora que existe para la utilización correcta de los fármacos y para el logro de una buena adherencia terapéutica en su seguimiento (Schoenenberger y otros, 2014).

Añadiré una breve nota para dejar constancia del riesgo de entrar en una dialéctica ética de resolución imposible. Me refiero a la cuestión -un tanto bizantina pero que surge con cierta frecuencia- sobre el valor de una vida humana en relación con la edad. Se dice que el viejo ya ha llevado a cabo su tarea mientras que al joven le queda toda una vida por delante. Otra idea derivada de lo anterior, la de que “la contribución del viejo a la sociedad es menor que la del joven y que ello determina un valor económico y social inferior”, es difícilmente sostenible en términos éticos (Lloyd-Sherlock, 2016). Jugar a ser Dios, cuantificar el valor de una vida humana, especialmente pensando en un futuro que no podemos conocer, no pasa de ser una especulación sin sentido que choca frontalmente con la ética.

Las razones para no discriminar en función de la edad son infinitas e incluyen todo tipo de argumentos. Tienen que ver con la ética, la justicia y el Derecho. Pero también caben los argumentos sociodemográficos, con las evidencias médicas, las razones científicas e, incluso, con la aplicación del sentido común. Reducir la indefensión del anciano, ayudar a empoderarlo, por emplear una expresión muy actual, promover una integración y participación social activa a cualquier nivel son vías de actuación por las que se debe luchar en todo momento. Conseguir una participación del colectivo de personas mayores para no ser discriminado supone un objetivo básico con el que todos deberemos estar comprometidos. Con ello, además, cumpliremos el objetivo del “envejecimiento activo” planteado en II Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002) y pilar fundamental de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030).

Ideas básicas del Capítulo I

- El edadismo, es un fenómeno extraordinariamente extendido en nuestra sociedad tanto en el ámbito social como en el sanitario, sea cual sea la perspectiva desde la que se contemple.
- Buena parte de las decisiones tomadas por los profesionales, con independencia de cuál pueda ser su conocimiento mayor o menor del fenómeno, responden a actitudes edadistas.
- La sociedad en su conjunto y los propios interesados –los adultos mayores– tampoco toman en consideración de manera suficiente esta realidad.
- Las principales vías para luchar contra el edadismo sanitario pasan por la sensibilización de los profesionales, del colectivo de más edad y de la sociedad en general.
- Educadores, medios de comunicación, profesionales y administraciones tienen las claves más importantes para llevar a buen puerto esta lucha.
- Los adultos mayores deben ser, tanto a nivel individual como colectivo, protagonistas activos. La participación social, el asociacionismo y la denuncia pueden ser herramientas de primer nivel en este terreno.

Capítulo II

LA DIMENSIÓN SUBJETIVA: ¿QUÉ PIENSAN LAS PERSONAS MAYORES SOBRE SU SALUD?

Belén Martínez Perianes
Responsable de Agenda 2030 y Formación
HelpAge International España

- 1. Invisibilidad y percepción de un edadismo que atenta contra la salud**
- 2. Percepción sobre el propio estado de salud física y mental**
- 3. Percepción sobre la accesibilidad al sistema sanitario**
- 4. Percepción de la inclusión social**

Este capítulo versa sobre la percepción de la salud de las personas mayores recogidas a través de entrevistas personales o bien de encuestas masivas. Se abordan las cuestiones relacionadas con la salud en sentido amplio, tratando de temas como la percepción de salud física, mental, la percepción sobre la accesibilidad al sistema sanitario y la percepción en la inclusión social. El análisis se realiza teniendo en cuenta las diferenciaciones según la edad, sexo-género, y otras variables sociodemográficas. Además de las entrevistas personales se han analizado otras fuentes secundarias.

1. Invisibilidad y percepción de un edadismo que atenta contra la salud

Uno de los asuntos presentes y recurrentes en todos los informes que publica HelpAge International España es la percepción de las personas mayores de los problemas que abordamos en este y en el resto de informes. Contar con la voz de las personas mayores es fundamental en cualquier análisis que les afecta. Esta mirada es tan consecuente como fundamental si se parte de la idea que la autonomía, la capacidad de decisión sobre la propia vida y el derecho de participación resultan imprescindibles a la hora de enfocar cualquier acción (normativa, de política pública, de implantación y gestión de servicios) que afecte a las personas mayores.

De este modo, las actitudes, los deseos y expectativas de las personas mayores sobre cómo y dónde quieren ser cuidadas fue abordado en el Informe de 2021; mientras que cómo viven la difícil para ellas cuestión del empleo y el trabajo (su visión y sentimientos por quedar fuera del mercado laboral, entre otras cuestiones), tuvo un amplio espacio en el Informe de 2022 (HelpAge International España, 2021 y 2022). En ambos casos se ha constatado cómo la información sobre la opinión de las personas mayores con relación a cuestiones relevantes que les atañen directamente no provoca, en general en el funcionariado o analistas en general un interés especial, permaneciendo su consideración más bien en un segundo plano. Más aún, como señala Gloria Rabanaque en el Capítulo IX de este mismo informe, si enfocamos con más detalle y nos fijamos, por ejemplo, en las personas mayores con discapacidad (física, cognitiva, o con un elevado grado de dependencia, mayoritariamente mujeres), advertiremos que son imperceptibles para las encuestas. No opinan, no suelen ir a los centros de salud ni se suelen visitar a domicilio, no se registran sus enfermedades en sus respectivas historias de salud, por lo que no existen (vía Simó, 2018). Una realidad que como se comprende tiene mucho que ver con el problema de su invisibilidad y las discriminaciones que padecen.

Este Capítulo trata de la percepción de las personas mayores ante cuestiones relacionadas con su salud, y en primer lugar debe mencionarse la opinión que tienen del edadismo, marco social discriminatorio con importantes efectos sobre la salud.

“El concepto de salud general está formado por cuatro áreas: física, que debe entenderse como un óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con el cuerpo; mental, se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes (escuela, familia, amigos, etc.), también tiene que ver con la manera en que equilibramos nuestros deseos, habilidades, ideales, valores, etc.; emocional, el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; y espiritual, que implica la reflexión en nuestras creencias.

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva, ya que las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. Así, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo” (Razo, 2018, 59).

En este sentido, Ribera, en el capítulo precedente de este mismo Informe, llama la atención sobre el hecho de que el edadismo en sus distintos niveles de daño sí es percibido por las víctimas, por las personas mayores. Así, apunta que un informe de la OMS aparecido en 2021 señalaba que al menos un tercio de la población europea de edad avanzada se considera víctima de conductas edadistas. Una proporción que coincide con la encuesta realizada por la UDP en 2016 entre personas jubiladas, que aseveraban haber sido objeto de trato discriminatorio en los ámbitos médico y social. También, un reciente estudio realizado en EE. UU. revela que la gran mayoría de los entrevistados (más de dos mil sujetos con edades comprendidas entre los 50 y los 80 años) afirmaron ser víctimas habituales de prácticas edadistas, con proporciones crecientes según era mayor la edad de la persona encuestada.

En la experiencia de un grupo focal, relatada por Médicos del Mundo (MdM) en el Capítulo X de este mismo informe, aparece la cuestión del edadismo, presente tanto en el ámbito sanitario como social: “Se expresaba una falta de adaptación de los servicios sanitarios y sociales a las necesidades de las personas usuarias. Las personas mayores sentían que se las infantilizaba, que había un trato diferenciado con ellas según la persona que las atendía y se sentían invisibilizadas”.

Una cuestión diferente es saber si las personas de edad avanzada que han padecido este tipo de discriminaciones son conscientes de que el trato injustamente diferenciado influye, además, en su estado de salud. El mismo estudio (Allen y otros, 2022) lo corrobora: “existe una relación directa entre el edadismo y sus prácticas discriminatorias y el empeoramiento del estado de salud físico y mental de la población encuestada, así como con la depresión y con la presencia de enfermedades crónicas” (Ribera). En este sentido, se muestra como evidente la necesidad de empujar de forma irreversible un cambio cultural que considere a las personas mayores sujetos completos, en dignidad y derechos.

En las siguientes páginas se pretende ahondar en las diferentes cuestiones que pueden afectar a la salud. Desde la definición de salud de la OMS que establece que: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Basándonos en esta definición se abordará la cuestión de la salud física, salud mental, la inclusión social y la percepción del acceso al sistema sanitario.

Las dos primeras cuestiones que se plantean son la salud física y la salud mental, estos dos asuntos se examinarán mediante datos que se pueden encontrar en diferentes encuestas, mientras que la percepción sobre la accesibilidad al sistema sanitario y cuestión de la percepción de la inclusión social se basa principalmente en una pequeña muestra cualitativa que recoge la opinión de 10 personas mayores, de diferentes Comunidades autónomas y entornos dentro del territorio peninsular.

Es importante subrayar cómo la competencia en materia de salud se encuentra en poder de las Comunidades Autónomas (artículo 148.1. 21º CE) y cómo ello da lugar a diferencias, según qué sistema sanitario al que nos estemos refiriendo.

Se muestran así los datos de la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad denominada “Valoración de los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma”, realizada por teléfono para valorar los servicios sanitarios de todo el Estado..

	Consultas de atención primaria en los centros de salud	Ingreso y asistencia en hospitales públicos	Consultas de atención especializada en los centros públicos	Urgencias en hospitales públicos
SNS	6,2	7,2	6,1	6,2
Andalucía	5,9	6,8	5,9	5,9
Aragón	6,5	7,7	6,2	6,7
Asturias, Principado	6,2	7,4	6,4	6,7
Balears, Illes	6,5	7,2	6,0	6,2
Canarias	6,6	7,0	5,9	5,9
Cantabria	6,3	7,7	6,6	6,8
Castilla y León	6,5	7,2	6,2	6,4
Castilla-La Mancha	6,2	7,2	6,0	6,4
Cataluña	6,4	7,1	6,1	6,0
Comunitat Valenciana	6,2	7,3	6,2	6,3
Extremadura	6,2	7,3	6,0	6,8
Galicia	6,3	7,4	6,3	6,5
Madrid, Comunidad de	6,0	7,2	6,1	6,2
Murcia, Región de	6,4	7,1	6,2	6,4
Navarra, C. Foral de	6,5	7,6	6,5	6,7
País Vasco	6,6	7,5	6,3	6,9
Rioja, La	6,5	7,5	6,1	6,1
Ceuta	6,9	7,1	6,5	6,1
Melilla	6,0	6,5	5,6	5,9

Como puede apreciarse, existen diferencias notables respecto a la valoración del sistema sanitario nacional y autonómico. Este hecho —que señala tanto Tarazona en el Capítulo V como Médicos del Mundo en el Capítulo X del informe— es de suma importancia. Debido a este reparto competencial pueden darse situaciones de desigualdad en el acceso al sistema y especialidades; por ejemplo, en Andalucía no se encuentra reconocida la Geriátrica dentro de su cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud, produciéndose así una situación de desigualdad territorial respecto de Castilla-La Mancha, donde sí se ofrece.

2. Percepción sobre el propio estado de salud física y mental

Cuando se habla de salud la cuestión se plantea habitualmente desde la perspectiva ‘científica’, ubicando en segundo plano el cómo sienten o perciben las personas su salud. Sin embargo, esta percepción es importante. De hecho, recuerda Cortese, son muchas las investigaciones que afirman que la percepción que tiene un sujeto de su estado de salud general es una pieza fundamental para el nivel de bienestar a lo largo del ciclo vital; es decir, que la percepción de la propia salud por parte de las personas mayores se muestra como un factor clave para cuestiones relacionadas con la morbilidad e incluso con la tasa de mortalidad (Cortese, 2018). Es por ello por lo que el Instituto Nacional de Estadística (INE) se preocupa por preguntar cuál es la percepción de las personas en el ámbito de la salud.

En el presente apartado se subrayarán tres aspectos diferentes dentro de la percepción de la salud:

- Percepción de la salud física;
- Percepción de la salud bucodental; y,

- Percepción de la salud mental.

Es interesante observar las diferencias en la **percepción de la salud** de las personas se puede observar como el estado de salud percibido los hombres siempre es mayor al que perciben las mujeres. Si se observa la desagregación por edad, se puede ver cómo existe una proporción indirecta que muestra que mayor la edad la percepción positiva de la salud disminuye. Esta percepción podría estar, en parte al menos, vinculada a la idea social por la cual cuando una persona es mayor, su percepción de salud será peor.

Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según grupos de edad. 2020

	Hombres					Mujeres				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	28,2	51,1	15,2	4,4	1,1	23,5	48,5	19,6	6,6	1,9
De 15 a 24 años	59,0	34,9	5,5	0,3	0,3	48,9	41,8	8,3	0,7	0,3
De 25 a 34 años	43,8	48,5	6,9	0,6	0,2	38,3	48,8	11,1	1,4	0,4
De 35 a 44 años	31,3	55,9	10,2	2,1	0,5	31,2	52,8	12,8	2,7	0,5
De 45 a 54 años	25,2	56,9	13,0	3,8	1,1	21,3	55,2	16,2	5,9	1,4
De 55 a 64 años	14,7	57,5	20,4	5,8	1,6	13,1	54,8	23,5	6,8	1,8
De 65 a 74 años	11,4	54,7	24,0	7,7	2,3	9,2	47,3	30,6	9,5	3,4
De 75 a 84 años	7,2	42,5	34,5	14,1	1,7	5,4	33,6	37,8	18,4	4,8
De 85 y más años	3,3	35,2	40,6	15,5	5,5	1,7	27,1	36,9	25,8	8,5

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

Si tenemos en cuenta otras variables, otra tabla que es interesante es la que tiene en cuenta la percepción del estado de salud según la actividad económica actual. Por la tabla anterior se podía inferir que las personas mayores, como generalmente se encuentran jubiladas serían las que tendrían peor valoración de su salud, pero ocurre todo lo contrario, el 60,4% de los hombres jubilados valoran su estado de salud como muy bueno seguido por el 50,7% de las mujeres jubiladas también creen que es muy bueno.

Estos datos señalan como en ambas tablas se muestra que los hombres entienden que tienen un estado de salud mejor que las mujeres en términos generales, y que más de la mitad de las personas jubiladas perciben un estado de salud muy bueno, desmintiendo así las posibles conclusiones que sacamos de la primera tabla.

Valoración del estado de salud percibido según relación con la actividad económica actual
(% población de 15 y más años)

	E. Europea de Salud 2020				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Hombres	28,2	51,1	15,2	4,4	1,1
Trabajando	31,7	56,3	9,9	1,8	0,4
En desempleo	27,1	51,2	16,4	4,1	1,1
Estudiando	9,7	48,2	29,4	10,2	2,5
Jubilado/a, pensionista	60,4	33,2	5,7	0,5	0,2
Incapacitado/a para trabajar	2,4	29,9	33,8	24,8	9,0
Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	15,4	37,2	33,9	9,9	3,5
Otras situaciones	44,1	26,7	18,7	0,0	10,6
Mujeres	23,5	48,5	19,6	6,6	1,9
Trabajando	28,7	54,1	13,6	3,1	0,6
En desempleo	25,4	53,0	17,7	3,0	1,0
Estudiando	7,6	42,4	32,3	14,0	3,7
Jubilado/a, pensionista	50,7	39,8	8,3	0,9	0,3
Incapacitado/a para trabajar	0,7	26,0	34,2	31,4	7,7
Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	13,4	44,8	27,1	10,7	4,1
Otras situaciones	7,8	69,3	17,9	4,0	0,9

(.) dato que no se proporciona por muestra insuficiente

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud 2017. MSCBS-INE

Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175

Como señala Gloria Rabanaque en este mismo Informe (Capítulo IX), “cuando se les pregunta a las personas mayores cómo perciben su salud en los 12 meses anteriores, el malestar general va en aumento, aunque la percepción de salud buena se estabiliza a los 80 años, posiblemente coincidiendo con la aceptación o normalización de que todo lo que les pasa y sienten es por la edad, que tienen que vivir con ello y muchos de ellos no quieren más intervenciones o desplazamientos”.

Se observa así mismo como las limitaciones van en aumento y como la autonomía generalmente va en detrimento, pero ello no tiene que ver como apunta Gloria y como señala el INE en una percepción negativa de la salud.

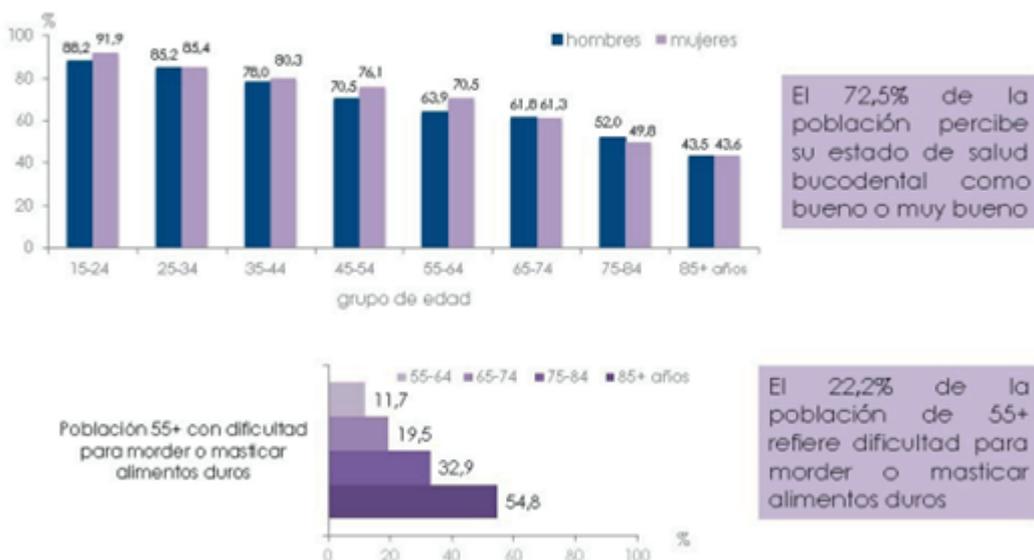


Otro factor interesante que valorar es la percepción del **estado de la salud bucodental**, dado que es una cuestión que se puede apreciar con claridad y que afecta a la inclusión social. La OMS señala que:

“Los efectos resultantes en el habla, la alimentación, la interacción social y la autoestima pueden ser significativas y contribuir aún más a la desventaja y la desigualdad. El impacto estético y social negativo de la falta visible de dientes reduce enormemente las perspectivas de encontrar trabajo” (OMS, Global oral health status report, 2022)

Observamos en el caso español el Ministerio de Sanidad establece que “se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos: a) Tratamiento reparador de la dentición temporal; b) Tratamientos ortodóncicos; c) Exodoncias de piezas sanas; d) Tratamientos con finalidad exclusivamente estética; e) Implantes dentarios...”.

Valoración positiva del estado de salud bucodental



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

ESEE
2020

Estado de salud



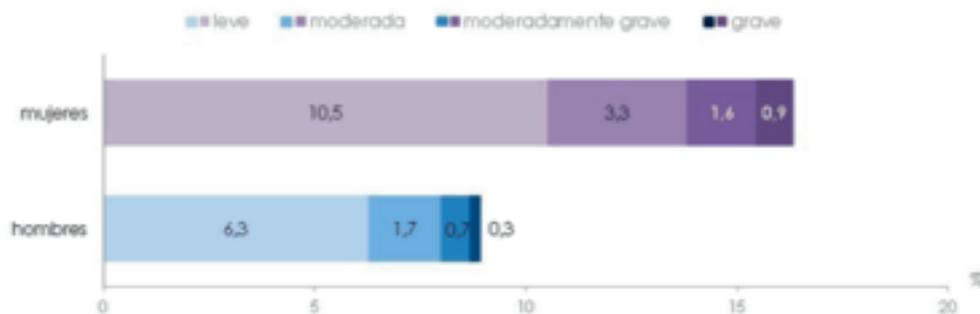
En la gráfica se muestra como conforme la edad avanza la percepción de la salud bucodental va empeorando, con lo cual se pueden comenzar a producir los efectos que señalaba anteriormente la OMS, agravado en situaciones de exclusión financiera debido a que las personas mayores con bajos ingresos o en riesgo de exclusión social priorizaran otros gastos en lugar de la salud bucodental, lo que afectará también a posibles necesidades de búsqueda de empleo o de inclusión social.

Todo ello provoca una concatenación de factores para la creación de un entorno que pone a la persona en una situación de vulnerabilidad, en este caso debido a la falta de acceso a la salud bucodental. Por ello, la OMS solicita a los Estados que “formulen políticas, planes y proyectos de salud bucodental para gestionar la atención bucodental de forma acorde con la visión de futuro y los programas políticos establecidos para 2030 en materia de salud, en los cuales se considera que la salud bucodental es parte integrante de la salud general, respondiendo a la necesidad y la demanda públicas de buena salud bucodental” (OMS, 74.^a Asamblea Mundial de la Salud, 2021).

El último aspecto a comentar es la percepción de la salud mental. En primer lugar debe recordarse, como hacen Andrés Losada y María Márquez en el Capítulo VII de este mismo Informe, que “sufrir un trato edadista se asocia con mayor depresión, ansiedad y estrés, y menos salud mental positiva”. Después, que la falta de datos actualizados y desagregados por edad hace complicado estudiar esta cuestión y la percepción que tienen las personas mayores en relación con su estado de salud mental.

La Encuesta Europa de Salud en España muestra como las mujeres tienen peor salud mental que los hombres.

Severidad de la sintomatología depresiva*



El 12,7% de la población adulta presenta sintomatología depresiva con importantes diferencias por sexo: 8,9% en hombres y 16,3% en mujeres

*según el Patient Health Questionnaire PHQ-8



Estado de salud



La OMS establece que: “la salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa” (OMS, 2017) con lo cual es importante que se cuiden ambos factores, pese a que como señalan los autores del Capítulo VII en multitud de ocasiones estas cuestiones no se tratan debido al edadismo y asociar cuestiones que pueden ser síntomas de enfermedades mentales a la edad.

3. Percepción sobre la accesibilidad al sistema sanitario

Dentro del acceso al sistema sanitario vamos a profundizar en cuatro factores, los señalados por Naciones Unidas: (i) no discriminación; (ii) acceso físico; (iii) acceso económico; y (iv) acceso a la información.

En general el acceso al sistema sanitario y las percepciones que hemos recogido señalan como en general casi todos los españoles tienen seguridad social y no hay tanta prevalencia de asistencia a sistema sanitario privado.

Varias personas entrevistadas señalan como la cita sanitaria tarda un par de semanas en conseguirla y que no es un servicio que vaya rápido, y que en urgencias tienen que esperar de manera excesiva. El INE señala cuando una persona ha ido al médico de familia en las últimas 4 semanas. Se expone en la siguiente tabla.

Consulta al médico de familia en las últimas 4 semanas según grupos de edad, 2020 (%)

	Hombres	Mujeres
Total	21,8	29,2
De 15 a 24 años	14,4	22,1
De 25 a 34 años	14,5	23,7
De 35 a 44 años	16,5	24,9
De 45 a 54 años	17,6	29,8
De 55 a 64 años	23,3	31,2
De 65 a 74 años	32,7	35,2
De 75 a 84 años	37,7	38,1
De 85 y más años	36,2	40,6

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS
http://www.ine.es/dyns/INEbase/s/operacion.html?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&dp=125473657

El servicio de salud de la Comunidad de Madrid cuenta con el Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. En el observatorio se encuentra una relación proporcional inversa entre la satisfacción global con la atención recibida, que en 2019 era del 89,19% para pasar a ser en 2021 de 77,10% que es una bajada del 12%; y la presión asistencial ajustada, que mide el número de pacientes, por término medio, que ve un profesional en un día. Obviamente la satisfacción es baja, como hemos podido percibir en las encuestas, no porque se valore mal la atención de los profesionales del servicio, sino con los tiempos de espera que también se ven reflejados en la presión asistencial.

PRESION ASISTENCIAL ANUAL POR CATEGORIA PROFESIONAL			
	2019	2020	2021
Medicina de familia	33,08	32,97	34,54
Pediatría	22,26	20,83	22,75
Enfermería	20,99	21,35	21,42

Fuente: Observatorio de resultados del Servicio de Salud Madrileño 2022.

Si analizamos la **accesibilidad física** se encuentra una diferenciación entre entorno rural y entorno urbano, dado que en los entornos urbanos las personas mayores tienen mayor accesibilidad física a hospitales, mientras que en el entorno rural tienen más complicado el acceso a estos.

Si analizamos el número de centros de salud y consultorios se observa en la ratio como varía bastante según la comunidad autónoma, lo cual afecta obviamente a la atención sanitaria.

Tabla 5-9 Número de centros de salud y consultorios locales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, ratio de CL/CS y tasa de CS más CL por 100.000 habitantes según comunidad autónoma. España, 2019

	Centro de salud (CS)	Consultorio local (CL)	Total	Ratio CL/CS	Tasa CS+CL por 100.000 hab.
Andalucía	407	1.110	1.517	2,7	18
Aragón	118	871	989	7,4	75
Asturias, Principado de	69	144	213	2,1	21
Baleares, illes	58	104	162	1,8	14
Canarias	107	155	262	1,4	12
Cantabria	42	124	166	3,0	29
Castilla y León	247	3.669	3.916	14,9	163
Castilla-La Mancha	203	1.110	1.313	5,5	64
Cataluña	418	789	1.207	1,9	16
Comunitat Valenciana	285	567	852	2,0	17
Extremadura	111	415	526	3,7	50
Galicia	398	67	465	0,2	17
Madrid, Comunidad de	262	162	424	0,6	6
Murcia, Región de	85	180	265	2,1	18
Navarra, Comunidad Foral de	59	237	296	4,0	45
País Vasco	155	167	322	1,1	15
Rioja, La	20	174	194	8,7	62
Ceuta y Melilla	7	0	7	0,0	4
Total SNS	3.051	10.045	13.096	3,3	28

Observaciones: SNS = Sistema Nacional de Salud; CS = Centro de Salud; CL = Consultorio Local. Cifras de Población residente a 1 de enero de 2019.
Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021

En este mismo informe se muestra como el número de consultorios se ha ido reduciendo progresivamente mientras que el número de centros de salud se ha ido aumentando progresivamente.

Ninguna de las personas encuestadas ha manifestado que encuentre una barrera arquitectónica en el edificio para poder acceder, únicamente han manifestado dificultades para desplazarse al centro de salud bien andando o bien mediante algún tipo de transporte, señalando en entrevistas realizadas por Médicos del Mundo como, en alguna ocasión, han tenido que usar un taxi dado que no había transporte público, ni ambulancia que realizara el traslado.

No únicamente interesa el acceso a la atención primaria, sino que si hablamos de atención hospitalaria podemos observar cómo dentro del sistema nacional de salud, se encuentra el siguiente grafico con la cantidad de hospitales por comunidad autónoma. Se observa como algunas comunidades por densidad de población y numero de hospitales se van a tener que desplazar más.



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021

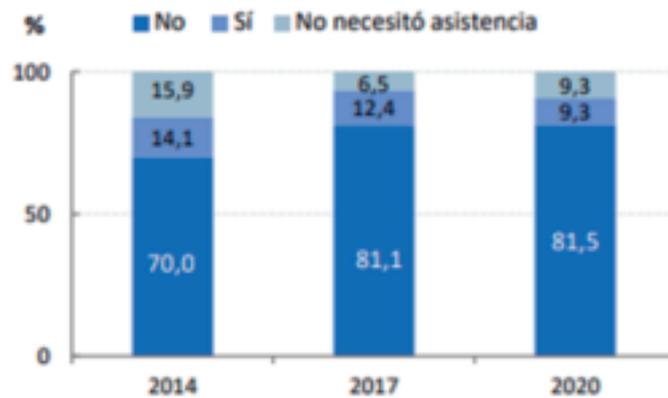
En cuanto a la **accesibilidad económica**, la inmensa mayoría de las personas mayores acceden únicamente al sistema sanitario público. De las encuestas hemos podido establecer que como la mayoría accede al sistema sanitario público no tiene generalmente problemas económicos. Solo dos de cada diez entrevistados cuentan con un seguro de salud privado. Tampoco manifiestan los encuestados problemas para acceder a los fármacos que les recetan de hecho afirman lo siguiente: “el costo de los medicamentos es mínimo”, debido a que se encuentran mayoritariamente subvencionados por el Estado.

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, señala esta misma línea estableciendo que sólo un 2,6% de la población es la que tiene barreras económicas en el acceso a los medicamentos.



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021

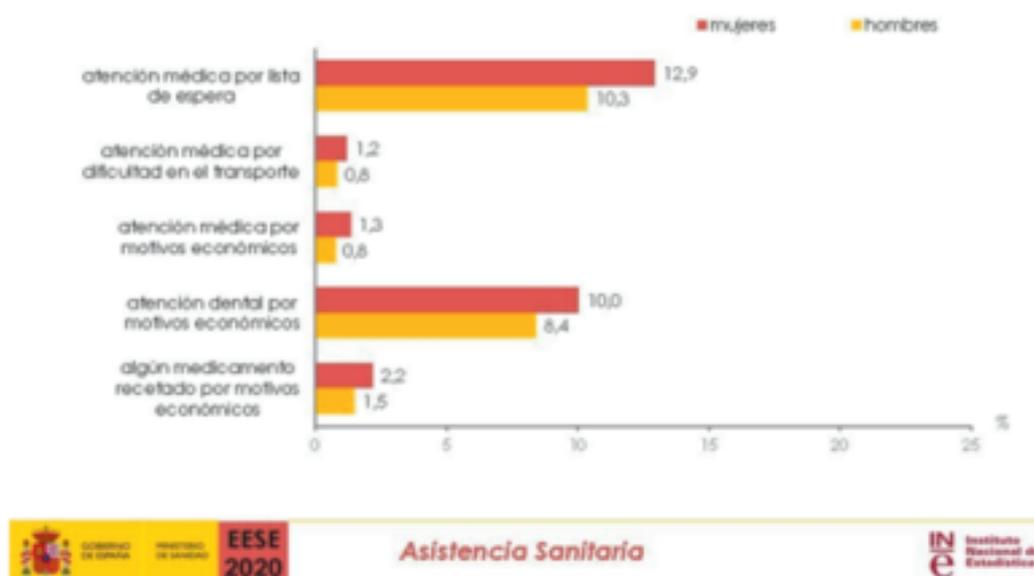
Pero no son las únicas barreras económicas que podemos encontrar. Hay otros dos ámbitos que aún no están tan desarrollados dentro del sistema sanitario que tiene que ver con salud bucodental y salud mental, en el acceso a estos servicios las barreras económicas son más altas. Respecto a la salud bucodental se estima que casi un 10% de la población no tiene acceso a ella debido a una barrera económica.



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021

De todas las cuestiones que se han observado en la encuesta que se realizaron en 2020 sobre inaccesibilidad se observa que los dos primeros motivos de inaccesibilidad son “atención medica por lista de espera” y “atención dental por motivos económicos” mientras que los motivos que menos se nombraban eran “atención medica por dificultad en el transporte” y “atención medica por motivos económicos” corroborando lo que se había observado tanto en las entrevistas como en las otras encuestas consultadas.

Inaccessibilidad percibida a distintos tipos de atención sanitaria



Fuente: Encuesta Europea de Salud 2020.

Finalmente, el último apartado sobre el acceso al servicio sanitario es sobre el **acceso a la información** que implica “que toda persona tiene derecho a buscar, recibir y difundir información” según Naciones Unidas. Todas las personas encuestadas señalan que si tienen acceso a la información tanto por internet, sobre todo a través de su teléfono móvil o tablet o bien en el propio centro de atención primaria. El problema es la brecha digital.

En el Capítulo X de MdM, varias de las personas señalan como se encuentran con barreras de acceso a información, estableciendo que “Hay veces que hay horas de espera y la información que me dan es confusa (no entiendo dónde me derivan, dónde tengo que acudir)”, o bien, como el acceso a internet es una cuestión que les dificulta el acceso a la sanidad como establece MdM:

“La brecha digital fue la barrera más citada para concertar las citas y acceder a cualquier tipo de trámite: ámbito sanitario (solicitar y gestionar cita, pedir informes médicos, cargar la medicación).”

La brecha digital es uno de los principales problemas de acceso a los servicios de salud que hay que resolver dado el auge de la telemedicina en el futuro.

Además hay que añadir la falta de participación dentro de la toma de decisiones dado que todos los encuestados han sido unánimes y han dicho que nunca desde el centro o desde la política pública han podido participar en un proceso más abierto de toma de decisiones en relación con la salud.

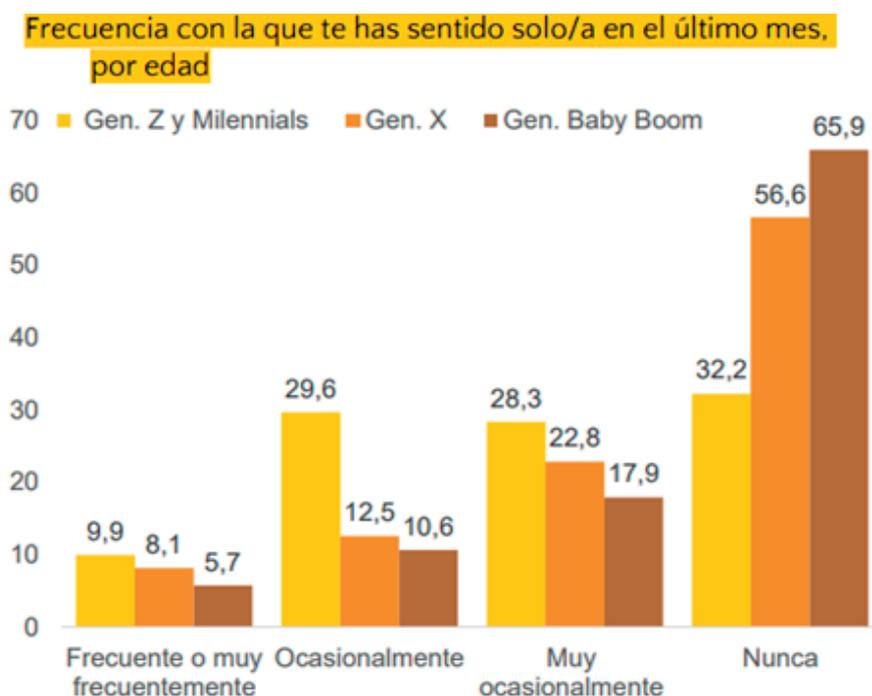
4. Percepción de la inclusión social

La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) entiende que la inclusión social “asegura que todas las personas sin distinción puedan ejercer sus derechos y garantías, aprovechar sus habilidades y beneficiarse de las oportunidades

que se encuentran en su entorno” especialmente habla de esta cuestión en relación con las personas mayores.

Este año el Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas (OEWGA) ha trabajado la cuestión de la inclusión por ese motivo desde HelpAge International España hemos realizado unas encuestas a 10 personas en relación con la inclusión social en España, son personas mayores de diferentes puntos geográficos del territorio, pero seguramente no se hayan recogido todas las realidades existentes en España en una muestra tan reducida.

El primer dato que llama la atención en relación con las entrevistas realizadas es que de las 10 entrevistas llevadas a cabo ninguna de las personas se siente sola, o diría que se siente sola. Esto confirma los datos recogidos por el Observatorio estatal de la Soledad No deseada, que establece como el grupo que generalmente se siente más solo o sola son la Generación Z o Millennials mientras que la Generación del Baby Boom no lo siente así. Este dato es una contraposición con la percepción general de la población, el mismo Observatorio de la Soledad No Deseada señala como la población española percibe que las personas que se sienten más solas son las personas mayores.



Estudio sobre la percepción de la soledad no deseada a iniciativa de Fundación ONCE

Se puede desprender de las entrevistas realizadas la importancia de la familia dentro de la sociedad española y como afecta a la forma de relacionarse de las personas mayores. Todas las personas entrevistadas han hablado o mencionado a su familia cuando se habla de inclusión social, siendo uno de los pilares en los que se apoyan, seguido de la comunidad donde residen.

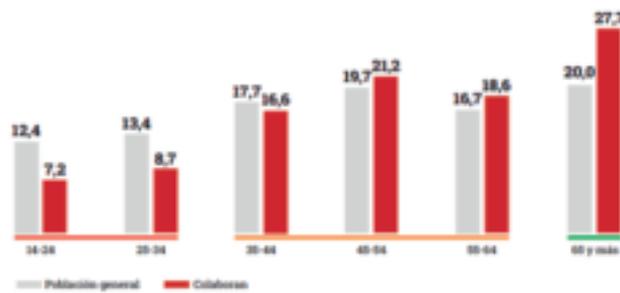
Se observa que hay una diferencia clara entre el entorno urbano y el entorno rural en la accesibilidad de servicios y la posibilidad de apuntarse a actividades, mientras que algunas personas mayores del entorno urbano están apuntadas a diferentes centros (tantos programas de mayores dentro de la Universidad, casa de la cultura o actividades programadas por los centros de mayores de su municipio) otras personas del entorno más rural no tienen acceso a esa diversidad de actividades.

Una nota diferenciadora que señalan algunos entrevistados también es la accesibilidad del entorno y como las barreras arquitectónicas a veces no permiten la plena participación en la sociedad debido a que los edificios a los que se pretende acceder no son posible, señalan esta cuestión sobre todo en relación con la silla de ruedas.

Otro factor que hay que apuntar es el acceso a medios de transporte, no es lo mismo una persona mayor que se tenga que trasladar en transporte público en un entorno rural, que una persona mayor que se tenga que trasladar en su vehículo particular, dado que en multitud de ocasiones les va a resultar más cómodo y va a propiciar que salgan más de entorno más cercano.

Un rasgo general es que con mayor frecuencia son las mujeres las que participan de las actividades que se realizan en centros comunitarios, de mayores y otras actividades regladas siendo ellas las que ostentan mayor participación algo más formalizada.

En relación con las actividades que realizan para sentirse dentro de la sociedad que se ha podido percibir en las encuestas es como algunas de las personas entrevistadas señalan como son voluntarias dentro de su entorno, según la Plataforma del Voluntariado de España un 27% de las personas mayores de 65 años participan en algún voluntariado.



Informe “La acción voluntaria en 2022” de Plataforma del Voluntariado de España

El voluntariado no es la única forma en la cual las personas mayores se encuentran insertas en la sociedad, sino que también el deporte puede ser una fuente de amigos, relaciones sociales como ha señalado una de las entrevistadas. En la “Encuesta de hábitos deportivos en España de 2022”, se observa como las personas de 75 años en adelante realizan deporte como una forma de relación social, obviamente el primer motivo es la salud, pero es importante observar como la inclusión social se encuentra presente.

8.1 Motivos principales por los que se ha practicado deporte

(En porcentaje de la población que practicó deporte en el último año de cada colectivo)

	Total practi- cación	Estar en forma	División o entusias- mo	Motivos de salud	Bata- jería	Le gusta el deporte	Como forma de relación social	Por satisfacción personal	Le gusta competir	Por profesión
TOTAL	100	26,3	22,1	20,1	14,2	9,3	3,2	2,5	1,5	0,8
SEXO										
Hombres	100	25,0	25,4	18,0	11,4	11,2	3,1	2,8	2,2	1,0
Mujeres	100	27,9	18,2	22,5	17,3	7,2	3,3	2,2	0,8	0,6
EDAD										
De 15 a 19 años	100	27,4	29,7	8,2	9,7	12,6	5,0	3,1	3,5	0,8
De 20 a 24 años	100	24,4	27,1	14,0	13,1	11,4	2,1	4,7	2,4	0,8
De 25 a 34 años	100	25,9	23,5	17,7	14,6	8,9	3,0	3,9	1,5	1,1
De 35 a 44 años	100	24,4	22,5	20,3	16,8	9,2	2,6	2,1	1,4	0,8
De 45 a 54 años	100	26,2	20,7	22,5	15,2	8,2	2,7	2,0	1,5	0,9
De 55 a 64 años	100	29,1	17,7	23,9	14,6	8,5	3,0	1,7	0,7	0,7
De 65 a 74 años	100	27,3	17,2	27,5	11,4	9,2	5,0	1,4	0,9	0,1
De 75 años en adelante	100	28,4	16,2	31,0	9,1	9,2	5,1	0,4	0,2	0,4

Ideas básicas del Capítulo II

- La salud no se compone únicamente de un solo factor, sino que son varias variables que tienen una clara conexión entre sí, la inclusión social tiene una afectación en la salud mental, y la salud mental tiene una clara consecuencia en la salud física.
- Los factores socioeconómicos tienen una incidencia importante en la percepción de la salud y en el acceso al sistema sanitario de salud. Cuestiones como si se reside en un entorno urbano o rural tienen consecuencias en la inclusión social, factores como el género son importantes tanto en salud física, como mental.
- Hay estereotipos que se encuentran dentro de la sociedad que no siempre se corresponden con la realidad que viven las personas mayores, y un problema que puede afectar a su salud es pensar que estos estereotipos son ciertos sin dar a la persona la opción de que cuente su historia de vida y las cuestiones que le afecten a su salud.
- Aspectos como la salud bucodental, la participación de las personas mayores en el voluntariado o el deporte son temas que no se abordan con tanta frecuencia pero que tienen un claro impacto en las vidas de las personas mayores.
- Se observa claramente una falta de datos de encuestas desagregados por edad en algunas cuestiones, como puede ser la salud mental, que hace bastante complejo un análisis y por tanto un abordaje, que es necesario.
- Una convención universal sobre los derechos humanos de las personas mayores debería tomar en cuenta los instrumentos vinculantes que ya existen en los sistemas internacionales de protección como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) y el Protocolo sobre derechos de las personas mayores adicional a la Carta Africana (2016) así como la normativa europea no vinculante, la Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2014).

Capítulo III

**DERECHO A LA SALUD Y
PERSONAS MAYORES:
MARCO NORMATIVO**

Aída Díaz-Tendero Bollain

Profesora-Investigadora

Departamento de Ciencia Política y Administración

Universidad Complutense de Madrid

María Dalli Almiñana

Investigadora Ramón y Cajal

Departamento de Derecho Constitucional

Universitat de València

1. Introducción

- 1.1. La salud de las personas mayores y el Estado de bienestar
- 1.2. La salud y la feminización del envejecimiento
- 1.3. Los determinantes sociales de la salud
- 1.4. La salud de las personas mayores y el cambio climático
- 1.5. La clasificación de enfermedades y el envejecimiento

2. La salud de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos

- 2.1. El derecho a la salud como derecho social
- 2.2. Derechos civiles conectados con el derecho a la salud

3. Ámbito universal de protección del derecho a la salud de las personas mayores

- 3.1. Derecho a la salud de todas las personas
- 3.2. Derecho a la salud de las personas mayores
- 3.3. Situaciones de emergencia y COVID-19

4. Ámbito europeo de protección del derecho a la salud de las personas mayores

- 4.1. Consejo de Europa
- 4.2. Unión Europea

5. Ámbito nacional de protección del derecho a la salud de las personas mayores. El caso español

- 5.1. Derecho de acceso a las prestaciones sanitarias sin discriminación
- 5.2. Derechos de los pacientes
 - 5.2.1. Regulación

5.2.2. Derechos concretos

Derecho a la información

Derecho al consentimiento informado

Las instrucciones previas

El derecho a pedir una segunda opinión médica

Acompañamiento en el final de la vida y muerte digna

Otros derechos

6. Conclusiones y retos pendientes ¿Una Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores?

Este capítulo versa sobre el derecho a la salud de las personas mayores. En primer lugar, se identificarán los aspectos más relevantes en relación a la protección de su salud. En segundo lugar, se establecerá el punto de inicio del derecho a la salud como derecho social y su conexión con importantes derechos civiles en el área de la salud.

La aportación central del capítulo se encuentra en el rastreo del derecho a la salud de las personas mayores (o en su defecto del derecho a la salud en general cuando no existe una protección específica para ellos) desde el ámbito universal, regional europeo, y con una mayor profundidad, del ámbito nacional, esto es, español.

El texto finaliza con una reflexión sobre la necesidad de una convención internacional que proteja el derecho a la salud y todo el corpus de derechos de las personas mayores tomando en cuenta los instrumentos regionales, vinculantes para los Estados, que existen hoy en día.

1. Introducción

En el ámbito global, Naciones Unidas ha señalado como áreas prioritarias en materia de políticas públicas para personas mayores la seguridad económica y la salud, junto a los medioambientes favorables (ONU, 2002).

En el ámbito regional europeo, las áreas sanitaria y socio-sanitaria.¹ “Son sin duda el mayor reto en el ámbito de las políticas públicas y protección de derechos de las personas mayores” (Díaz-Tendero, 2021).

Transición demográfica y transición epidemiológica van de la mano. España, y en general el conjunto de los países de la Unión Europea han completado su transición epidemiológica al tiempo que se ha producido el envejecimiento de la población. A medida que se avanza en la transición epidemiológica se destinan más recursos a las enfermedades de los grupos II (cardiovasculares) y III (neoplasias y degenerativas) que son las principales causas de mortalidad en sociedades que han completado su transición epidemiológica.

No obstante, la pandemia causada por el COVID-19 supuso una reorientación de los recursos sanitarios para combatir una enfermedad infecciosa y transmisible, esto es, del grupo I.

1.1. La salud de las personas mayores y el Estado de bienestar

En general, el grado de envejecimiento de una sociedad, el nivel de universalidad de su Estado de bienestar y los derechos sociales de las personas mayores protegidos en su marco normativo se relacionan positivamente. En materia de salud, los países más avanzados en la transición demográfica cuentan con Estados de Bienestar que a través de sus políticas públicas sanitarias protegen con mayor universalidad, efectividad y calidad que los países menos avanzados en la transición demográfica, el derecho a la salud.

El Estado, a través de su régimen de bienestar y sus políticas sociales, es responsable de proporcionar un sistema de salud cuya cobertura sea universal y de la máxima calidad posible. Si el sistema de salud incluye proveedores públicos y privados, el Estado es responsable, en relación a estos últimos, de regular la calidad de los servicios prestados.

Dicho de otro modo, **la obligación del Estado incluye la regulación del sector privado:** “aunque el derecho a la salud no impone necesariamente la obligación de que sea forzosamente el Estado el que proporcione directamente esos servicios” (Magnusson, 2017: 19 y 107) puede colegirse que sí lo vuelve responsable de la actividad que lleven a cabo los actores privados cuando brindan servicios “cuyo interés público y oferta guarda

1 Servicios socio-sanitarios integrados: beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía (definición de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores). Atención socio-sanitaria: actuación combinada y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar la reinserción social de los enfermos, generalmente crónicos (Diccionario del Español Jurídico, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, art. 14 de la Ley: La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

relación con necesidades vitales, como es el caso de la salud” (Currea-Lugo, 2005: 53 citado en Villarreal, 2018: 299).

La pandemia provocada por el COVID-19 ha visibilizado las deficiencias de las políticas públicas en materia de salud y de cuidados de larga duración. Asimismo, desde la perspectiva de los derechos humanos, la pandemia ha provocado una re-victimización del colectivo de las personas mayores.

1.2. La salud y la feminización del envejecimiento

La feminización del envejecimiento (O’Rand, 1994) tiene al menos dos manifestaciones: por una parte, **las mujeres sobreviven a los hombres en todos los países del mundo**², y como consecuencia, en el último tramo de vida, hay una mayor presencia de mujeres. El otro lado de la feminización del envejecimiento consiste en que **la mayor parte del cuidado de las personas mayores que recae en el ámbito familiar lo llevan a cabo las mujeres; y el que recae fuera del ámbito familiar también es realizado mayoritariamente por mujeres**, tanto el cuidado formal (que se provee desde las instituciones públicas o que se contrata a través de las familias) como el informal (desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y sin remuneración).

La feminización del envejecimiento tiene repercusiones en el ámbito de la salud. En parte debido a la mayor longevidad, las mujeres padecen mayor comorbilidad (enfermedad previa o condición de salud) y tienen más años de vida en condiciones de discapacidad (dificultad o pérdida para realizar o llevar a cabo actividades para el autocuidado). Dicho de otro modo, **las mujeres viven más años pero sufren más carga de enfermedad, dolor y discapacidad** (Ramos y Pinto, 2015).

1.3. Los determinantes sociales de la salud

El acceso a la salud está condicionado por la posición que ocupa el individuo en la estratificación social a partir de las dimensiones de género, ingresos, tipo de localidad (rural/urbano), entre otras, que constituyen los determinantes sociales de la salud. En este sentido, la Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas (2021-2030) es un buen momento para reflexionar sobre las transformaciones que requieren los sistemas de salud para no dejar a ninguna persona mayor sin acceso a la atención sanitaria.

No solo debemos enfocarnos en la provisión de salud por parte del Estado, sino también en el rol que juegan la familia, la comunidad, y el propio sujeto. En este sentido, está demostrado que un estilo de vida activo en personas mayores redundará en un mayor bienestar subjetivo (Adams et al., 2011 en Díaz-Tendero y Cruz-Martínez, 2023).

1.4. La salud de las personas mayores y el cambio climático

De acuerdo con algunas investigaciones, el cambio climático sería el responsable de la disminución de 2,2 años en la esperanza de vida de los europeos (Ship2B Foundation, 2021) y el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% del total de fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales (Prüss-Üstün y Corvalán, 2006, en Heredia, 2022).

2 Salvo en el África Subsahariana.

En el caso de las personas mayores, los efectos en su salud se relacionan con el calor, la contaminación del aire, los eventos climáticos extremos, la disponibilidad de agua y alimentos, lo que provoca un aumento de la morbilidad y mortalidad en este grupo de edad (Smith y otros, 2014; McMichael et al, 2006 en Heredia, 2022). El riesgo de las personas mayores se incrementa de modo desproporcionado entre aquellas que habitan en islas pequeñas, comunidades de montaña, riberas de ríos o zonas costeras.

Teniendo en cuenta las consecuencias del cambio climático, es imprescindible desarrollar estrategias para realizar adaptaciones ambientales que contribuyan a un envejecimiento saludable en todas las edades desde la mirada de la gerontología ambiental con base en la relación entre el medio ambiente y los productos destinados a las personas mayores (Heredia, 2022: 203-204).

1.5. La clasificación de enfermedades y el envejecimiento

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) es un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948, en el que se adopta un sistema de codificación que tiene por objeto permitir el registro, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recopilados en diferentes países y regiones del mundo (OMS, 2019).

Este documento es utilizado por profesionales del área de la salud para diagnosticar y determinar enfermedades, y la OMS ha manifestado su intención de incorporar la vejez en la Clasificación Internacional de Enfermedades, lo cual se traduce en que los profesionales de la salud, **en lugar de identificar el motivo del fallecimiento de una persona mayor, podrán simplificarse la tarea registrando escuetamente “vejez”** (Cisternas, 2022).

2. La salud de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos humanos. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la define como el **“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**.

El derecho a la salud de la persona mayor debe estar protegido y al mismo tiempo la persona mayor debe estar empoderada para tomar decisiones respecto a su propia salud (Díaz-Tendero, 2019), lo cual constituye una clara aplicación de las dos dimensiones, protección y autonomía, reconocidas como indispensables en el derecho gerontológico (Doron, 2009). Tal y como lo expresa Nicola G. Cangemi (2014: 32):

Un equilibrio entre la autonomía y la protección de las personas mayores. Al respecto, es importante no tener temor de hablar acerca de la protección, y hacer hincapié en que ello no implica un enfoque “paternalista”, porque la autonomía y la protección son interdependientes, y una es ineficaz sin la otra.

Villarreal (2018) apunta la diferenciación entre dimensión individual y colectiva, que se asemeja a la distinción de Doron pero no son exactamente equivalentes. Para lograr la calidad, que es esencial en la dimensión colectiva, identifica dos vías: una de carácter político-económico, y otra de índole técnico-científica. En cuanto a la vía político-económica,

consiste en la necesidad de un gasto suficiente por parte de los prestadores de servicios de salud; en cuanto a la segunda, a fin de cumplir con las exigencias de calidad, revisten una naturaleza crecientemente compleja, y no es posible, en un momento determinado, desarrollar un catálogo exhaustivo. Por ende, se considera que estas características deben actualizarse con el transcurso del tiempo, en la medida en que avanzan los estándares técnico-médicos. Dicho de otro modo: “lo que es estrictamente considerado como calidad hoy, puede no serlo el día de mañana” (Villarreal, 2018: 304).

En cuanto a la dimensión individual, el autor considera que ésta consiste en el acceso a los servicios de salud, por ejemplo, una emergencia o bien, la obligación de no discriminación en la atención sanitaria que brindan las instituciones públicas y privadas a la población.

2.1. El derecho a la salud como derecho social

La doctrina jurídica establece una clara diferencia, en términos de exigibilidad y justiciabilidad, entre los derechos civiles y políticos por una parte, y los derechos sociales por otra. Los derechos civiles consisten en los derechos necesarios para la libertad individual, como por ejemplo el derecho a la propiedad, el derecho a la igualdad y no discriminación. Los derechos políticos están relacionados fundamentalmente con el derecho al voto y la asociación. Los derechos sociales (hoy denominados derechos económicos, sociales, culturales y medioambientales, DESCAs) se refieren a los derechos al bienestar y seguridad económicos, y se relacionan con el Estado de Bienestar: el derecho a la seguridad social, el derecho a la educación, y el derecho a la salud son algunos ejemplos. Si bien se admiten los principios de la indivisibilidad e interdependencia según los cuales la plena realización de los derechos civiles y políticos es imposible sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales, y viceversa, la realidad es que **los derechos sociales gozan de un infra estatus en el ámbito de su justiciabilidad y exigibilidad en relación con los derechos civiles y políticos.**

2.2. Derechos civiles conectados con el derecho a la salud

Entre los derechos civiles de mayor importancia involucrados y/o relacionados con el derecho a la salud figuran **el derecho a la no discriminación por razón de edad y el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.**

En relación al derecho a la no discriminación por razón de edad, es preciso diferenciarlo del edadismo, ya que frecuentemente se confunden. En 2021, la Organización Mundial de la Salud publicó el Informe Mundial sobre Edadismo (*Global Report on Ageism*) en el que define el edadismo como “los estereotipos (cómo se piensa), los prejuicios (cómo se siente) y la discriminación (cómo se actúa) hacia las personas en función de su edad (OMS, 2021)”. El edadismo es un término acuñado por primera vez en 1969 por R. Butler. En la jerga común se suele decir que “el edadismo es a las personas mayores —aunque de igual manera tendría que ser a los jóvenes— lo que el racismo es a las personas negras y el sexismo a las mujeres” (Huenchuan, 2022: 36). La discriminación es una parte del edadismo.

En cuanto al derecho de toda persona mayor a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, se deben considerar las circunstancias especiales en las que se encuentre la persona, incluidas las situaciones de emergencia, la capacidad jurídica, su estado de salud, la autonomía personal y la integridad de la información

(Charvel, 2022). En 1994 la Declaración de Ámsterdam sobre los derechos de los pacientes incluyó la preservación y uso de sustancias del cuerpo humano, la enseñanza clínica y la investigación científica (Charvel, 2022).

Para cualquier persona el consentimiento debe ser anterior a cualquier intervención médica, que consiste, según la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en:

Cualquier examen, tratamiento u otro acto con un objetivo de prevención, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que se lleva a cabo por un médico o demás personal sanitario.

En este sentido y, como lo ha mencionado el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el consentimiento debe respetar la autonomía, la libre determinación y la dignidad de la persona (Charvel, 2022).

3. Ámbito universal de protección del derecho a la salud de las personas mayores

En primer lugar, se abordará el marco normativo universal del derecho a la salud de todas las personas, para después identificar los instrumentos universales que protegen el derecho a la salud de las personas mayores en específico. Es importante abordar de manera general el derecho a la salud, esto es, el derecho a la salud de todas las personas, porque en el caso español, no existe normatividad específica para las personas mayores en materia de salud, sino que se les aplica la normatividad general que se aplica a todas las personas.

3.1. Derecho a la salud de todas las personas

La primera vez que un organismo internacional habló de la salud en términos de derechos humanos, fue en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), al reconocer en su preámbulo que:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Dos años más tarde, en 1948, se aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos que, junto con otros derechos, reconoce en su artículo 25 el derecho a la salud y a la asistencia médica. Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (PIDESC o el Pacto) reconoció el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en su artículo 12. En concreto, este derecho incluye: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En específico, la Observación General nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano que se encarga de la supervisión del cumplimiento del Pacto, resulta de gran utilidad para entender el contenido y las implicaciones del derecho a la salud para los Estados miembros, como España (Comité DESC, 2000). Además, en este texto se pone de manifiesto la relación de la salud con otros derechos como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación y a la igualdad.

De esta forma, el derecho a la salud ha sido interpretado por el Comité DESC de forma que incluye diferentes derechos concretos: a) el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva; b) el derecho a la higiene en el trabajo y del medio ambiente; c) el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas; y d) el derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud. En concreto, por lo que se refiere a la asistencia sanitaria, el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud incluye, entre otros: el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación; el tratamiento apropiado de las enfermedades; el suministro de medicamentos esenciales; y la participación de la población en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Más allá de estos derechos concretos, **el derecho a la salud ha de venir acompañado de una serie de características, porque ha de estar disponible, ser accesible, de calidad y aceptable de acuerdo con la cultura de todas las personas.** Es decir, pueden distinguirse los siguientes elementos del derecho a la salud (Dalli, 2019: 66):

- a) Disponibilidad: la disponibilidad implica un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de salud.
- b) Accesibilidad: la accesibilidad supone que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación. A su vez, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones: i) no discriminación, en el sentido de que se garantizará el acceso a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna; ii) accesibilidad física, la cual implicaría el alcance geográfico a todos los sectores de la población, mencionándose expresamente a las personas mayores; iii) accesibilidad económica, que significa que los servicios deben estar al alcance de todos y ser equitativos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos; por último, iv) acceso a la información, que comprendería el derecho de solicitar, recibir y difundir información.
- c) Aceptabilidad: este elemento supone que todos los establecimientos, bienes y servicios deben ser respetuosos con la ética médica y con la cultura de las personas, las minorías y las comunidades, además de ser sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- d) Calidad: por último, la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud implica que estos deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

En cuanto a los deberes generales, según el Comité DESC en su OG nº 14 (Comité DESC, 2000: párr. 33):

“La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de

proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”.

A modo de ejemplo, entre los deberes de *respetar* figuran el de abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas. Como obligación de *proteger* figura la de adoptar medidas para proteger a todos los grupos sociales, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores. Por su parte, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud.

Además, en virtud de la obligación de progresividad los Estados deben adoptar medidas para avanzar progresivamente en el cumplimiento del derecho a la salud, destinando el máximo de los recursos disponibles. Esta obligación supone a su vez que los Estados parte del Pacto, como España, deben abstenerse de adoptar medidas regresivas de forma deliberada, esto es, que empeoren el nivel de disfrute existente del derecho a la salud (Sepúlveda, 2006: 124). Si los Estados adoptaran medidas regresivas, habrían de demostrar que tales retrocesos están justificados atendiendo a una serie de circunstancias. De acuerdo con Añón, tras el examen de las Observaciones Generales del Comité DESC en desarrollo de cada uno de los derechos del Pacto, se puede extraer que el Estado ha de demostrar (Añón, 2016: 76): a) el respeto al contenido mínimo esencial del derecho; b) la existencia de un interés estatal legítimo y cualificado; c) el carácter necesario de la medida; d) la inexistencia de otras medidas menos restrictivas para el derecho en cuestión; e) la utilización del máximo de los recursos disponibles; f) la obligación de asegurar como mínimo los niveles esenciales de cada uno de los derechos del Pacto; g) la preservación o avance teniendo en cuenta la totalidad de los derechos del PIDESC; y h) la aprobación de la medida a través de una ley formal.

Finalmente, existen, también, las obligaciones básicas o mínimas. Esto significa que, si bien la obligación de progresar en el cumplimiento del derecho a la salud deja a los Estados un margen razonable de tiempo para la implementación de las medidas adecuadas, existen sin embargo unas obligaciones de carácter mínimo que no deben dejarse de cumplir en ningún caso, de modo que no es posible la justificación de una medida regresiva en estos ámbitos. A modo de ejemplo, entre las obligaciones de carácter mínimo relativas al derecho a la salud, se menciona la garantía del derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.

3.2. Derecho a la salud de las personas mayores

El parámetro de garantía del derecho a la salud de las personas mayores debe enmarcarse dentro de los principios generales de no discriminación y las consideraciones específicas de protección de los derechos de las personas mayores.

En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General nº 14 reafirma la importancia de que la salud de este grupo esté enfocada en abarcar la prevención, la curación y la rehabilitación. Estas medidas deben considerar el reconocimiento de

acciones de rehabilitación física y psicológica, que permitan mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores, así como la prestación de atenciones y cuidados a las personas enfermas crónicas (Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, 1991) .

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDHNU) en su resolución de 2012 en relación con los derechos humanos de las personas de edad, exhorta a todos los Estados a garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de las personas mayores, incluyendo la adopción de medidas para luchar contra la discriminación, la negligencia, el abuso y la violencia, y para abordar las cuestiones relacionadas con la integración social y la asistencia sanitaria adecuada. En el ámbito universal, es en esta resolución de 2012 en la que se encuentra por primera vez, el derecho a la salud de las personas mayores.

Asimismo, en la Observación General n° 14 sobre el derecho a la salud, así como en la Observación General n° 6 que trata específicamente sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, se reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. En concreto, se dispone que:

“estas medidas deberán basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad” (párr. 25 de la OG n° 14).

3.3. Situaciones de emergencia y COVID-19

La Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (UNECE) define las situaciones de emergencia como consecuencias multifactoriales, como pueden ser los desastres naturales, o situaciones provocadas por el ser humano, emergencias de salud pública que pueden consistir en epidemias o pandemias, así como otros conflictos y violencia que generan una crisis humanitaria, como son los movimientos migratorios, entre otros. (Charvel, 2022).

Para las situaciones de emergencia que generan cambios disruptivos, estrés social y económico en la población, la UNECE ha establecido que las personas mayores son las que sufren de manera desproporcionada dichos impactos. Es decir, las deficiencias menores de capacidad intrínseca que se pueden compensar en condiciones normales se convierten rápidamente en un riesgo importante en una situación de emergencia. Una de las razones principales es, precisamente, su vulnerabilidad biológica por la edad (las enfermedades tienden a ser más graves conforme avanza la edad) y situación económica (mayor vulnerabilidad) y de salud (las enfermedades crónicas son más frecuentes en edad avanzada); otras causas incluyen la dificultad que tienen las personas mayores para tener acceso a servicios esenciales. A todas las causas anteriores de vulnerabilidad, se suman la discriminación por motivos de edad y la ansiedad que les genera el aislamiento cuando se requieren medidas de distanciamiento.

Los Estados cuentan con medidas previstas en la normatividad internacional y nacional para hacer frente a situaciones de emergencia. De acuerdo con el artículo 4o. del Pacto

Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Observación General nº 29, las situaciones de riesgo son aquellas que ponen en peligro la vida de los habitantes de una nación y que requieren de la adopción específica de medidas frente a las exigencias de la situación, tal como es la posible suspensión de derechos. Dicha suspensión debe ser de manera limitada y de acuerdo con las obligaciones impuestas por la normatividad internacional. Deberá cumplir con los requisitos de: legalidad (que se encuentre prevista en una ley nacional); necesidad (la restricción debe ser necesaria para la protección de uno de los sectores estipulados en el PIDCP que comprende la salud pública, y debe responder a una necesidad social perentoria), y proporcionalidad (de acuerdo con el interés que se busca proteger). La suspensión debe ser temporal, lo menos injerencista posible y con la previsión de una cláusula de expiración o revisión, a fin de garantizar el regreso a la legislación ordinaria en cuanto la situación de emergencia haya terminado. Adicionalmente, existen algunos lineamientos establecidos por la OMS en relación con el Reglamento Sanitario Internacional, que es un instrumento legalmente vinculante para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas. La ONU, al considerar la situación de las personas mayores durante la reciente pandemia del COVID-19, llevó a cabo recomendaciones específicas para este grupo poblacional (Charvel, 2022).

4. Ámbito europeo de protección del derecho a la salud de las personas mayores

En materia de derechos humanos Europa cuenta con el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), con sede en Estrasburgo, que aplica el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), aprobado en 1950 y que entra en vigor en 1953. Este tribunal se encarga principalmente de la protección de los derechos civiles y políticos reconocidos en el Convenio y emite sentencias en este sentido. Para los derechos sociales, Europa cuenta con el Comité Europeo de Derechos Sociales que aplica la Carta Social Europea (1961 y revisada en 1996) y emite resoluciones. Todo ello en el seno del Consejo de Europa, del que forman parte 46 países.

Por otra parte, la Unión Europea y sus 27 miembros, cuentan con el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), con sede en Luxemburgo, que no es un tribunal de derechos humanos, sino que se encarga de velar por el cumplimiento del conjunto del derecho de la Unión Europea, incluida la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (de 2000, pero ratificada en 2007) que incluye derechos civiles, políticos y sociales. Los casos que se plantean ante el tribunal por parte de los Estados miembros o de las instituciones europeas están relacionados con el ejercicio de competencias de la Unión Europea. En este sentido, la Unión Europea carece de competencias sobre una gran parte de derechos sociales, y por ende no se encuentra jurisprudencia relevante en materia del derecho a la protección de la salud de las personas mayores.

4.1. Consejo de Europa

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos situado en Estrasburgo no tiene competencia sobre los derechos sociales (salvo sobre los derechos de prohibición de trabajo forzado, de asociación sindical y a la educación), aunque los ha protegido por conexidad (o apoyándose en su relación o vínculo) con los derechos civiles y políticos.

Por ejemplo, en la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos *Dodov c. Bulgaria* de 17 de enero de 2008 se declara la violación del derecho (civil) a la vida (artículo 2 CEDH) por la desaparición y muerte de una paciente de avanzada edad con Alzheimer (condición de salud) a consecuencia de la negligencia en la vigilancia del personal de la residencia en la que se encontraba. Otro ejemplo, en la sentencia de este mismo tribunal *Farbtuhs c. Letonia* de 2 de diciembre de 2004, se considera incompatible con el derecho (civil) a no sufrir un trato degradante (artículo 3 CEDH) el mantenimiento en prisión de una persona (encarcelada cuando tenía 84 años) con un deteriorado estado de salud (paraplejía y diversas enfermedades crónicas e incurables) y ante la incapacidad de las autoridades públicas de subvenir a sus necesidades vitales básicas (derecho a la salud) en dicho centro penitenciario (Jimena Quesada, 2023).

No obstante, existe un órgano en el seno del Consejo de Europa que protege los derechos sociales contenidos en la Carta Social Europea (y por ende el derecho a la salud), que es el Comité Europeo de Derechos Sociales. Si bien emite resoluciones, y no sentencias, constituye una importante doctrina jurídica.

Las disposiciones europeas más emblemáticas sobre los derechos humanos de las personas mayores de manera específica y más importante aún, de carácter vinculante para los Estados, se recogen en el artículo 4 del Protocolo de 1988 a la Carta Social Europea de 1961 y el equivalente artículo 23 de la Carta Social Europea revisado de 1996. Ambos presentan la siguiente redacción:

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas de edad avanzada a protección social, las Partes se comprometen a adoptar o a promover, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas apropiadas orientadas, en particular:

- a permitir que las personas de edad avanzada sigan siendo miembros plenos de la sociedad durante el mayor tiempo posible, mediante:
 - a) recursos suficientes que les permitan llevar una vida digna y participar activamente en la vida pública, social y cultural;
 - b) la difusión de información sobre servicios y facilidades a disposición de las personas de edad avanzada, y las posibilidades que éstas tienen de hacer uso de ellos;
- a permitir a las personas de edad avanzada elegir libremente su estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual mientras lo deseen y les sea posible hacerlo, mediante:
 - a) la disponibilidad de viviendas adaptadas a sus necesidades y a su **estado de salud** o de ayudas adecuadas para la adaptación de su vivienda;
 - b) la **asistencia sanitaria** y los servicios que requiera su estado;
 - c) **garantizar** a las personas de edad avanzada que vivan en instituciones la asistencia apropiada, respetando su vida privada, y la participación en las decisiones que afecten a sus condiciones de vida en la institución.

No parece probable que en el Consejo de Europa se vaya a adoptar a corto o medio plazo un instrumento vinculante específico de protección de los derechos humanos de las personas mayores (Jimena, 2023). Ciertos sectores consideran que no es necesaria la adopción de un instrumento europeo de protección específico de los derechos de las personas mayores porque las normas que protegen los derechos humanos de las personas, son suficientes. No es éste el argumento que se ha seguido en otros sistemas regionales de derechos humanos como el sistema interamericano y el africano, donde sí se ha apostado por generar instrumentos específicos, a saber, *la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (2015) y el *Protocolo sobre derechos de las personas mayores adicional a la Carta Africana* (2016) que se mencionarán infra en el epígrafe sobre la necesidad de un instrumento universal de protección.

El instrumento del que se goza en Europa para proteger los derechos humanos de las personas mayores es una normatividad de “derecho blando”, esto es, no vinculante para los Estados: la *Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (2014). Proporciona orientación para la aplicación a las personas mayores del *Convenio Europeo de Derechos Humanos* (1950 y entra en vigor en 1970) y la *Carta Social Europea* (1961 y revisada en 1996).

La disponibilidad y accesibilidad de salud de calidad se presenta junto a los cuidados de largo plazo (párr. 29 de la Recomendación) en el capítulo VI., denominado “Asistencia”, en este tenor:

Los Estados miembros deberán adoptar las medidas apropiadas, incluidas medidas de prevención, para promover, mantener y mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores. También deberán garantizar la disponibilidad y accesibilidad de una atención sanitaria adecuada y de una atención de calidad a largo plazo.

En cuanto a los derechos civiles relacionados con la salud que aparecen en la recomendación europea se alude al disfrute de derechos y libertades por parte de las personas mayores sin ningún tipo de discriminación, incluida la que tiene por motivo la edad (párrs. 6-8). Se exhorta a los estados miembros a proteger a las personas mayores de la violencia, abuso y negligencia intencionada o no intencionada, en el ámbito del hogar o de las instituciones, así como a detectar dichas faltas, investigarlas y repararlas en un tiempo razonable (párrs. 16-20). Se establece, en relación al derecho a la información, que las personas mayores deben tener la suficiente información en relación a sus derechos (párr. 4). Se precisa la toma de decisiones de manera independiente en relación con la salud –entre otros ámbitos- (párr. 9). Asimismo, se incluye la posibilidad de nombrar a una tercera persona de su elección para tomar decisiones (párr. 13). Adicionalmente, existe un capítulo específico sobre consentimiento libre e informado en materia de salud (VI.B) en el que se establece el derecho al consentimiento, así como su término, en cualquier momento (párr. 36). En caso de que la persona mayor no pueda otorgarlo, se tomarán en cuenta los deseos expresados (párr. 37). Cuando no existe la capacidad para dar el consentimiento (por discapacidad mental o enfermedad), la intervención médica solamente podrá llevarse a cabo mediante la autorización de su representante o la autoridad correspondiente (párr. 38). En caso de situaciones de emergencia, durante las cuales no puede obtenerse el consentimiento, las intervenciones médicas deberán llevarse a cabo de manera inmediata y para beneficio de la salud de la persona mayor (párr. 39).

Se señaló en la introducción la importancia del fenómeno de la feminización del envejecimiento a nivel global. El instrumento europeo también se hace eco de esta mayor vulnerabilidad, si bien ésta no se refleja en los preceptos, sino en las buenas prácticas de los diferentes países que en materia de políticas públicas dirigidas a mujeres mayores se rescatan en el texto.

4.2. Unión Europea

En el ámbito de la Unión Europea, el derecho a la salud se encuentra en el artículo 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. No obstante, conforme a lo señalado anteriormente sobre las competencias del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, que no es propiamente un tribunal de derechos humanos, **lo que principalmente se encuentra en este ámbito son estrategias e iniciativas que intentan promover el cumplimiento del derecho a la salud por parte de los Estados miembros de una forma coordinada**, más que el reconocimiento de la justiciabilidad del derecho a la salud ante el Tribunal de Justicia.

En este sentido, por ejemplo, se hace referencia al diseño de políticas teniendo en cuenta la protección de la salud pública, en el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. De forma más reciente, el Pilar Europeo de Derechos Sociales, que carece de carácter vinculante para los Estados, fue aprobado en 2017 y reconoce en su principio núm. 16 que toda persona tiene **derecho a un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad**.

La Unión Europea está haciendo esfuerzos para hacer eficaz las previsiones del Pilar Europeo de Derechos Sociales a través del Plan de Acción (Comisión Europea, 2021). Así, la Comunicación de la Comisión sobre la Unión Europea de la Salud de 2020 aborda la resiliencia, la accesibilidad y la eficacia de los sistemas sanitarios de la UE, con el objetivo de mejorar la capacidad de los Estados miembros para responder ante futuras crisis sanitarias, garantizando la disponibilidad y la accesibilidad de los recursos sanitarios. Además, la Comisión está tomando medidas para ejecutar la Estrategia Farmacéutica para Europa y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. Asimismo, desde 2020, la Unión Europea ha puesto en marcha la Unión Europea para la Salud, que abarca todo un conjunto de actuaciones para reforzar los sistemas sanitarios de los países miembros, hacer frente a los desafíos y mejorar la salud de las personas. En esta línea, el programa UEproSalud para el período 2021-2027, establecido por el Reglamento (UE) 2021/522, de 24 de marzo, tiene como objetivo la construcción de sistemas sanitarios resilientes en la UE para prepararnos mejor para el futuro ante posibles enfermedades infectocontagiosas. También se está avanzando en la Estrategia mundial de la Unión Europea en materia de salud, con los objetivos de reforzar los sistemas sanitarios y avanzar en la cobertura sanitaria universal.

En estos programas no se establece ninguna mención en particular en relación con las personas mayores y el derecho a la salud. **El Libro Verde sobre el envejecimiento, adoptado en Bruselas en 2021, está dedicado a las personas mayores**, con el objetivo de fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre las generaciones. En él se reconocen los desafíos del cambio demográfico y del cambio climático para la salud de las personas mayores, y se proponen algunas soluciones a través de una respuesta política integral como el reforzamiento de las infraestructuras ambulatorias y de cuidados comunitarios,

y los avances tecnológicos para ofrecer nuevos servicios y tratamientos. Sin embargo, se aprecia un mayor foco en otras cuestiones como la de los cuidados de larga duración o la vida laboral, que en la salud.

En relación con esta cuestión de los avances tecnológicos en la salud, desde la Unión Europea se apuesta por avanzar hacia lo que se conoce como eHealth o Salud Digital. A pesar de que la introducción de tecnologías en el ámbito de la prestación de servicios de salud puede ofrecer muchas ventajas, no deben olvidarse los riesgos y los desafíos. Por ejemplo, el desafío de la protección de datos o el riesgo de la discriminación digital, cuando se trata de la prestación de los servicios a través de las tecnologías de la información, para reservar citas médicas o la realización de las propias consultas de modo online o por vía telefónica.

En este sentido, **no hay que olvidar que la digitalización a menudo excluye a personas que no saben manejar las herramientas digitales, situación en la que pueden encontrarse muchas personas mayores**, además de otros colectivos. Además, el grupo de personas mayores es uno de los grupos de población mayoritarios en las áreas rurales, donde las herramientas de salud digital parecen ser más prometedoras por la distancia geográfica entre estas áreas y los hospitales o centros de salud. Conseguir la conectividad desde las áreas rurales es ya por sí mismo un problema a solucionar, porque no siempre existe una conectividad rápida y adecuada. Se necesitan fondos para solucionar este problema, pero sin olvidar que tener acceso a internet no significa que se pueda o se sepa utilizar. Por todo ello, habrían de reforzarse también los servicios de salud presenciales en las áreas rurales. Así, en el ámbito de las Naciones Unidas, el que fuera relator especial sobre la extrema pobreza y derechos humanos alertó durante su mandato sobre los riesgos del Estado del bienestar digital. Según Alston, la digitalización de los sistemas de bienestar se ha utilizado muy a menudo para reducir el presupuesto general de bienestar, reducir el personal o los beneficiarios, eliminar algunos servicios o introducir formas exigentes de condicionalidad para acceder a los servicios (Naciones Unidas, 2019).

En definitiva, desde la Unión Europea se están produciendo avances en materia de salud. A pesar de que las competencias más importantes en materia sanitaria son de los Estados miembros, la Unión Europea sí tiene competencia y debe solucionar los problemas que los Estados miembros no pueden solucionar por sí solos, y debe dar respuesta a problemas supranacionales que afectan a más de un Estado.

5. Ámbito nacional de protección del derecho a la salud de las personas mayores. El caso español.

En el marco normativo español **no existen instrumentos específicos para la protección de los derechos de las personas mayores**, ni mucho menos de su derecho a la salud. Es por esta razón que se presenta a continuación la regulación del derecho a la salud en general, el cual se reconoce para todas las personas.

El ordenamiento jurídico a nivel estatal se caracteriza por carecer de una regulación que específicamente reconozca los derechos de las personas mayores, como el derecho a la salud. En relación con ello, algunos territorios autonómicos, como Andalucía y Castilla y León, sí han aprobado leyes que regulan de forma particular la atención y la protección

de las personas mayores. Así, la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, de la Comunidad Autónoma de Andalucía³, regula en el artículo 21 una serie de cuestiones relativas a la atención sanitaria, reconociendo, por ejemplo, la necesidad de evitar el uso abusivo de medicamentos en este grupo de la población. Además, el título V se dedica a la necesaria coordinación sociosanitaria. Por su parte, el artículo 10 de la Ley 5/2003, 3 abril 2003, de atención y protección a personas mayores de Castilla y León reconoce el derecho a la protección de la salud⁴, incidiendo en la importancia de promover el envejecimiento saludable y la prevención, la recuperación de la autonomía, la multidisciplinariedad de la atención y la coordinación sociosanitaria⁵.

Además, la legislación autonómica en materia de servicios sociales también puede incluir disposiciones específicas relativas a la atención de la salud, normalmente incidiendo en el asunto de la coordinación sociosanitaria, como el artículo 51 de la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana⁶. Asimismo, los artículos 11 y 12 de la Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones de Canarias⁷, regula una serie de actuaciones en el ámbito de la salud, como el mantenimiento y la mejora de la capacidad mental o la prevención de caídas y del abuso de medicamentos.

A continuación se retoma el ámbito estatal para presentar en primer lugar el derecho de acceso a las prestaciones sanitarias sin discriminación.

5.1. Derecho de acceso a las prestaciones sanitarias sin discriminación

A continuación se retoma el ámbito estatal para presentar en primer lugar el derecho de acceso a las prestaciones sanitarias sin discriminación.

En la actualidad, **la Constitución española de 1978 reconoce el derecho a la salud en el artículo 43** (Escobar, 2012: 1093):

1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Este derecho debe reconocerse sin discriminación. Así pues, el artículo 14 de la Constitución reconoce que:

3 Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, Boletín Oficial del Estado, núm. 233, de 29 de septiembre de 1999.

4 Ley 5/2003, 3 abril 2003, de atención y protección a personas mayores de Castilla y León, Boletín Oficial del Estado, núm. 108, de 6 de mayo de 2003.

5 Para acceder a más información sobre el envejecimiento saludable y otras cuestiones relativas al derecho a la salud, puede leerse el cuaderno de HelpAge International España (2021).

6 Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana, Boletín Oficial del Estado, núm. 61, de 12 de marzo de 2019.

7 Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones de Canarias, Boletín Oficial del Estado, núm. 188, de 5 de agosto de 1996.

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.

Aunque la edad no se mencione en la Constitución como categoría prohibida de discriminación, el Tribunal Constitucional sí ha entendido que no es posible discriminar por razón de la edad de forma arbitraria e injustificada⁸. Aun así, en ocasiones se han justificado medidas diferenciadoras en el ámbito del empleo por razón de la edad en base a una finalidad legítima. Según Giménez Gluck, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional no aplica el juicio de igualdad de forma tan estricta en relación con la edad como lo hace con otras características prohibidas de discriminación (2022: 70).

El derecho de acceso a las prestaciones sanitarias sin discriminación se vio gravemente afectado para las personas mayores viviendo en residencias durante la primera ola de la pandemia del COVID-19, muchas de las cuales no fueron trasladadas a los hospitales (Rico, 2020). Se calcula que, aproximadamente, 20.268 personas fallecieron a causa de COVID-19 en las residencias, siguiendo los datos recibidos por las Comunidades Autónomas hasta el 23 de junio de 2020 (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020: 13).

Diversas recomendaciones de sociedades médicas y algún protocolo a nivel autonómico establecían prioritizaciones para acceder a los recursos sanitarios que discriminaban en base a la edad, a la discapacidad y al estado de salud de la persona enferma. Esta situación fue contraria al ordenamiento jurídico, que contempla la prohibición de discriminación por estos motivos en la legislación. Hay que recordar que la discriminación tiene efectos perjudiciales, sobre todo si las personas tienen una mayor vulnerabilidad por razón de la discapacidad, el género o la exclusión social, además de la edad (Blázquez Martín, 2007).

En ese sentido, la legislación de desarrollo sí que contempla expresamente la prohibición de discriminación por razón de la edad. En el ámbito de la atención sanitaria, se prohíbe la discriminación por razón de edad y de discapacidad, entre otros motivos, en el artículo 6.1 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. De acuerdo con ello, las posibles diferenciaciones solo pueden ser las que se deriven del propio proceso de tratamiento o de limitaciones de carácter objetivo (Flores, 2023). En esta línea, recientemente se han producido avances con la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Esta norma incluye en su artículo 15.2 menciones a la edad y a la discapacidad, así como a las enfermedades preexistentes, como motivos por los cuales está prohibido excluir del acceso a tratamientos sanitarios, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen (Dalli, 2023).

Por otra parte, aunque el texto constitucional se refiere a los españoles, el Tribunal Constitucional ha desarrollado una teoría tripartita de los derechos de las personas extranjeras en España que diferenciaría entre tipos de derechos, por lo que algunos derechos deben reconocerse en todo caso a las personas extranjeras, otros no (como el derecho de sufragio activo y pasivo en las elecciones estatales), y otros derechos que se reconocerían a los que no poseen la nacionalidad española según lo que el legislador determine en el desarrollo de estos derechos. Entre estos últimos se incluye el derecho a la salud.

⁸ Así, sentencias del Tribunal Constitucional 69/1991, de 8 de abril (FJ 4º) y 63/2011 (FJ 4º).

La legislación sanitaria en España ha ido cambiando en relación con la cobertura. En términos generales, puede afirmarse que la cobertura ha ido extendiéndose de forma progresiva, con algún retroceso importante que a continuación apuntaremos. Así, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, declaró que eran titulares del derecho todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tuvieran establecida su residencia en el territorio nacional, y los extranjeros no residentes en España en la forma que las leyes y los convenios internacionales establezcan⁹. De otro lado, el artículo 3.2 de la misma Ley prevé la extensión de la asistencia sanitaria pública a la población española, en condiciones de igualdad efectiva.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud amplió el acceso a la asistencia sanitaria pública a los extranjeros, a los nacionales de los Estados de la Unión Europea y a los que tienen derechos reconocidos por las leyes, los tratados y los convenios internacionales¹⁰. A su vez la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reconocía igual derecho de asistencia sanitaria a los nacionales y a los extranjeros que estuviesen empadronados¹¹. Posteriormente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública reconoció el principio de equidad, con lo que ‘las políticas, planes y programas que tengan un impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud’, reconociendo igualmente el derecho a la igualdad sin que pueda producirse discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social¹².

El retroceso más importante se produjo cuando el Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, modificó la Ley Orgánica 4/2000, así como la Ley 16/2003¹³. Esta modificación supuso grandes cambios para la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria de carácter público en España, introduciendo las categorías de asegurados y de beneficiarios como condiciones para acceder al Sistema Nacional de Salud, categorías que a su vez estaban relacionadas con tener una serie de vínculos con la Seguridad Social. De otro lado, únicamente se reconocía la cobertura a la población extranjera sin residencia legal en situaciones de urgencia, de embarazo y para menores de edad.

Sin embargo, el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio volvió a modificar la Ley 16/2003, reconociendo las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud a las personas con nacionalidad española y a las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español¹⁴. En concreto, se reconoce el derecho a las personas extranjeras con

9 ‘Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad’, Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, artículo 1.2 y 3.

10 ‘Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud’, Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo de 2003, núm. 128, artículos 2.b y 3.1.

11 ‘Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social’, Boletín Oficial del Estado, 12 de enero de 2000, núm. 10, artículo 12.1.

12 ‘Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública’, artículos 3 a) y 6.1, Disposición Adicional Sexta.

13 ‘Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones’, Boletín Oficial del Estado, 24 de abril de 2012, núm. 98.

14 ‘Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud’, Boletín Oficial del Estado, 30 de julio de 2018, núm. 183.

residencia legal y habitual en el territorio español que no tengan la obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía. De forma parecida, a las personas extranjeras que todavía no están residiendo legalmente en España se les reconoce la cobertura siempre que no tengan la obligación de acreditar la existencia de cobertura por otra vía, no puedan exportar su derecho de cobertura sanitaria desde sus países de origen, ni exista un tercero obligado al pago.

Esta cuestión plantea problemas para la población extranjera que, aun teniendo la residencia legal en España, la hubiera obtenido cumpliendo los requisitos de la normativa de extranjería y si entre estos requisitos se incluye la suscripción de un seguro de salud. Este es el caso, por ejemplo, de los familiares reagrupados, que en numerosos casos son personas mayores, padres o madres de personas ya residentes en España, que desean reagruparse con sus familiares, y para ello, entre otras cosas se exige suscribir un seguro de salud. En relación con ello, el Tribunal Supremo ha entendido en la sentencia 1769/2019, de 13 de mayo, que estos familiares que han sido reagrupados ya tendrían la cobertura sanitaria obligatoria cubierta por otra vía diferente a la del Sistema Nacional de Salud, por lo que, aunque se encuentren residiendo legalmente en España, no tienen reconocida la asistencia sanitaria pública.

Por esta y otras razones, aunque el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, ha supuesto grandes avances hacia la cobertura sanitaria universal, existen todavía cuestiones a modificar para que pueda extenderse a todos los grupos de la población. Esta y otras cuestiones se intentaron reformar con un proyecto de ley¹⁵, que incluía que las autoridades no pedirían seguro privado a los familiares ascendientes reagrupados, teniendo en cuenta, seguramente, las dificultades para las personas mayores de acceder a un seguro. En cualquier caso, es conveniente que las personas sin cobertura sanitaria pública que deseen tener acceso suscriban el convenio especial con el Sistema Nacional de Salud para tener el acceso reconocido, si bien a cambio del pago de una cuota mensual.

5.2. Derecho de los pacientes

5.2.1. Regulación

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoció en el artículo 10 una serie de derechos de los pacientes, entre los que se encuentran el derecho a la información sobre los servicios sanitarios, a la confidencialidad de la información, a la asignación de un médico, a la participación en las actividades sanitarias o el derecho a la reclamación y a la propuesta de sugerencias.

Sin embargo, no fue hasta 2022 cuando se aprobó una ley que regularía de forma específica los derechos de los pacientes. Así, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula de forma detallada una serie de derechos tales como el **derecho a la información sanitaria, el derecho a la intimidad, el respeto a la autonomía del paciente y el consentimiento informado, así como los derechos relacionados con la historia clínica.**

15 'Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm. 110-1, 24 de junio de 2022.

Más allá de la normativa estatal, las Comunidades Autónomas también regulan y desarrollan los derechos de los pacientes en sus respectivos ámbitos territoriales. Así pues, las Comunidades implementan los derechos reconocidos en la normativa estatal así como también se han probado normas autonómicas que desarrollan los derechos de los pacientes.

A modo de ejemplo, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid reconoce en su artículo 27 derechos como el derecho a la información veraz, lo que incluye el derecho a no ser informado; el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de los datos; el derecho a otorgar el consentimiento y a conocer la identidad del médico; la libre elección del médico y el derecho a la libre voluntad del paciente en el proceso de morir¹⁶. La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana reconoce en los artículos 40 a 41 derechos como la intimidad, la información, el consentimiento informado, la libre elección de médico, las voluntades anticipadas, el acceso a la historia clínica, la formulación de sugerencias y quejas, la segunda opinión, una atención personalizada, el derecho de acompañamiento, etc¹⁷.

Otras leyes autonómicas son, entre otras, la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra; la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud; o la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, etc. Esta última Ley reconoce en el artículo 59 que el sistema sanitario del Principado de Asturias ejecutará actuaciones específicas y preferentes para grupos especialmente vulnerables y/o que deban ser objeto de especial atención, mencionándose expresamente a los mayores dependientes.

A continuación se explica de forma breve en qué consisten algunos de estos derechos de los pacientes.

5.2.2. Derechos concretos

Derecho a la información

La Ley 41/2002, mencionada anteriormente y que regula a nivel estatal los derechos de los pacientes así como sus obligaciones, señala en el artículo 4 que ‘los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma’. Este derecho implica que se tiene derecho a recibir información accesible y comprensible acerca de cuestiones que influyan en el ámbito de la salud. Como regla general, la información se proporciona a los pacientes verbalmente dejando constancia en la historia clínica, y comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. De la misma forma, se reconoce el derecho de todos los pacientes a no ser informados (no querer saber). Sin embargo, **en el caso de las personas mayores en demasiadas ocasiones ocurren estereotipos en la práctica, cuando la información se da solo al acompañante, o se**

16 ‘Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid’, Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 306, 26 de diciembre de 2001.

17 ‘Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana’, Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, núm. 7434, 31 de diciembre de 2014.

infantiliza a la persona mayor para que no se preocupe. No obstante, la información es esencial para participar en la toma de decisiones que afectan a la salud.

Derecho al consentimiento informado

El derecho a decidir sobre la propia salud forma parte de los derechos del paciente. En la Ley 41/2002, el consentimiento informado está recogido en el artículo 8, refiriéndose al consentimiento ‘libre y voluntario’. En este sentido, toda actuación que pueda afectar a la salud de los pacientes debe estar consentida de forma libre e informada por parte de la persona afectada. En concreto, se ha de informar sobre las consecuencias de la intervención, los riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente así como los riesgos probables en condiciones normales, y las contraindicaciones. El consentimiento es verbal, salvo cuando se requiere que sea por escrito en los siguientes casos: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, así como en todo procedimiento que suponga riesgos o inconvenientes para la salud de los pacientes. Existen una serie de excepciones a la necesidad de recabar siempre el consentimiento informado: en casos de prevención de enfermedades infecto-contagiosas, ante situaciones de urgencia vital, y el estado de necesidad terapéutica, cuando el médico puede actuar sin informar previamente al paciente cuando esta información puede perjudicar a su salud (Fundación Fernando Pombo, 2019a: 5).

El consentimiento informado implica también el derecho a renunciar a los tratamientos ya iniciados, en lo que se conoce como la revocación del consentimiento. Cuando se trata de una consulta ambulatoria, el paciente puede abandonar el centro de salud o el hospital, finalizando la consulta. En caso de estar el paciente ingresado, entonces se puede pedir el alta voluntaria, con independencia de la opinión de los profesionales médicos, salvo si peligran la integridad física del paciente o si se pone en peligro la salud pública.

Las instrucciones previas

El documento llamado ‘instrucciones previas’ o voluntades anticipadas, es aquél en el que la persona mayor de edad, siendo capaz y libre, puede manifestar de forma anticipada su voluntad en relación con los cuidados y los tratamientos que desea recibir, con el objetivo de que se cumpla en el futuro ante circunstancias en las que no sea capaz de expresar esta voluntad. Este documento es confidencial y prevalece ante la opinión de los familiares (Fundación Fernando Pombo, 2019b: 4).

Ante situaciones de riesgo vital, estas instrucciones pueden manifestarse en cualquier soporte que exprese la voluntad deseada, y el médico deberá registrarlo en la historia clínica del paciente. En otro caso, las instrucciones se inscriben en el registro correspondiente de cada Comunidad Autónoma, para lo cual será necesario aportar los documentos de otorgamiento y de inscripción de las instrucciones, la copia del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la persona que otorga las instrucciones, así como el documento designando a una persona o representante que, en su caso, haga de interlocutor con el equipo médico. La forma de realizarlo es por escrito, ante notario, con tres testigos mayores de edad, y en los servicios de atención al paciente de los centros de salud, aunque el procedimiento puede variar según la Comunidad Autónoma.

El derecho a pedir una segunda opinión médica

Como parte del derecho a la información, existe también el derecho a pedir una segunda opinión médica, si se desea contrastar para poder tomar una decisión con toda la información posible. Esto es diferente a cambiar de médico, es decir, la segunda opinión médica consiste en un informe que un segundo médico emite sobre el diagnóstico y la propuesta terapéutica, sin que por ello el paciente quede desvinculado de la primera consulta en la que ha sido atendido. Se reconoce este derecho en el artículo 4.a) de la Ley 16/2003, según el cual las instituciones velarán por la libre elección de facultativo y por el derecho a una segunda opinión, en los términos que se desarrollen por parte de las Comunidades Autónomas. Aunque habrá de estarse a la regulación autonómica que resulte aplicable en cada caso, la segunda opinión médica puede solicitarse por el paciente, los familiares, cónyuge o pareja de hecho, o cualquier otra persona autorizada expresamente por el paciente (Fundación Fernando Pombo, 2019c: 4).

Acompañamiento en el final de la vida y muerte digna

Aunque el derecho a una muerte digna depende de lo que cada persona considere como digno, generalmente se trata del **derecho a decidir no morir con dolor, a morir en la propia casa si se desea o en el hospital si es consentido, y a estar acompañado de familiares o amigos**. Se trata de respetar las preferencias, los valores y creencias de las personas en los últimos momentos de la vida. En el caso de personas creyentes, tienen derecho a que ciertas personas u objetos les acompañen en el final de la vida.

Este derecho se vio flagrantemente vulnerado durante la pandemia del COVID-19, cuando miles de pacientes fallecieron sin estar acompañados de sus seres queridos, y sin contar con apoyo espiritual o religioso conforme a sus convicciones y creencias. Entre otros organismos, el Comité de Bioética denunció esta situación, indicando que ‘se debe estudiar el modo de permitir el acceso de, al menos, un familiar, sobre todo, en los momentos de la despedida’ (2020).

Los derechos de acompañamiento y de muerte digna están relacionados con el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, así como con el principio de dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10.1 de la Constitución. La llamada ‘eutanasia pasiva’ es decir, la posibilidad de negarse o renunciar a los tratamientos, pedir el alta voluntaria y esperar el final por cuenta propia, está reconocida en la Ley 41/2002 (artículo 2.4). Además, muchas Comunidades Autónomas reconocen el derecho al ‘buen morir’, que implica que la persona puede decidir dejar el tratamiento y recibir cuidados paliativos.

En 2021 se aprobó la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, que reconoce como derecho solicitar que se dé fin a la vida de una persona con el objetivo de evitar sufrimiento. Los requisitos para ello son los siguientes: ser mayor de edad, tener nacionalidad española o residencia legal en España, ser capaz y consciente de hacer la solicitud de eutanasia, y tener un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable por padecer una enfermedad grave e incurable, con pronóstico limitado, por padecer una enfermedad crónica grave que causa limitaciones incapacitantes para las actividades básicas de la vida diaria.

Otros derechos

En relación con lo anterior, todos los pacientes tienen el derecho a cambiar de médico, para que el facultativo asignado al paciente sea uno diferente al anterior, lo cual es diferente a la cuestión de la segunda opinión médica, como informe que emite otro profesional, pero sin dejar el paciente de estar vinculado con el médico que emitió la primera opinión. Otro derecho es el derecho a recibir la prestación farmacéutica necesaria. En relación con este derecho, en demasiadas ocasiones se produce una situación discriminatoria hacia las personas mayores como es el maltrato farmacológico, cuando se abusa de los medicamentos por parte de los para que la persona mayor esté menos nerviosa. Ante esta y otras situaciones, los pacientes tienen derecho a presentar reclamaciones sobre el trato recibido, quejas relativas a la organización y al funcionamiento de los centros, así como el derecho a presentar las sugerencias oportunas.

Otro derecho reconocido es el acceso a la historia clínica, el documento que contiene información sobre la situación y la evolución clínica del paciente. El artículo 18 de la Ley establece que ‘el paciente tiene el derecho de acceso, [...] a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos’. Por último, no menos importante el derecho a la confidencialidad de los datos relacionados con la salud y a que su uso no suponga ningún tipo de discriminación, así como las obligaciones de los centros relativas a garantizar este derecho adoptando las medidas oportunas.

6. Conclusiones y retos pendientes ¿una Convención Internacional sobre los derechos de las personas mayores?

En el caso de España el énfasis debe situarse en minimizar la brecha de aplicación a las personas mayores de la normativa universal, regional y nacional, dado que se carece de instrumentos específicos de protección. Así, **en España no existe una regulación específica que reconozca los derechos de las personas mayores y que podría dar respuesta a las particularidades que la protección de la salud para estas personas merece.**

No obstante, se ha estudiado la regulación del derecho a la salud con carácter general, desde su reconocimiento constitucional en el artículo 43 hasta la legislación de desarrollo que construye un sistema nacional de salud reconociendo el acceso para todas las personas, lo cual incluye, por supuesto, el reconocimiento de este derecho a las personas mayores.

En relación con ello, **algunas cuestiones afectan de forma especial a la realización y eficacia del derecho a la salud de las personas mayores.** Así, la prohibición de discriminación reconocida en la legislación sanitaria incluye como uno de los motivos prohibidos de discriminación la edad de las personas. No obstante, a pesar de este reconocimiento, encontramos obstáculos que en la práctica impiden la realización del derecho a la salud para este grupo. Durante la pandemia, demasiadas personas mayores que se encontraban en residencias no pudieron ser trasladadas a los centros de salud. En la actualidad, la legislación de extranjería que exige un seguro de salud para obtener un permiso de residencia en España, por ejemplo, para los familiares ascendientes reagrupados, pone trabas a la libertad de circulación, así como a la protección de la salud

de estas personas que enfrentan obstáculos para acceder a los seguros por razón de su edad.

Asimismo, se ha hecho referencia a la regulación de los derechos de los pacientes en España. Entre estos derechos, algunos tienen especial relevancia para las personas mayores como pacientes, como el consentimiento informado, siendo importante que se explique a los pacientes mayores en qué consiste el tratamiento sanitario y sus riesgos; o el acompañamiento al final de la vida y las instrucciones previas, como documento en el que cualquier persona mayor de edad puede dejar constancia de los tratamientos que le gustaría recibir o no si en el futuro no puede manifestar esa voluntad.

Se hace necesario, además, hacer referencia a las obligaciones que tienen los Estados, como España, para dar cumplimiento al derecho a la salud reconocido en el sistema de las Naciones Unidas. En este sentido, cabe distinguir entre los deberes generales de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud, la obligación de progresividad y las obligaciones mínimas.

En el ámbito regional europeo el desarrollo normativo y jurisprudencial de los derechos relativos a la salud de las personas mayores en el Consejo de Europa y en la UE han registrado avances nada desdeñables, aunque no se espera la adopción de un instrumento específico de protección como la Convención Interamericana.

No puede dejar de mencionarse, cuando se aborda el derecho a la salud de las personas mayores, el caso paradigmático **Poblete-Vilches, primer caso resuelto por una corte internacional (Corte Interamericana de Derechos Humanos) que protege de manera directa (y no por conexidad) el derecho a la salud de una persona mayor.**

Abrazar una convención universal para las personas mayores, requiere alejarse de una visión eurocentrista. El envejecimiento de la población es un fenómeno global, se ha “democratizado” el envejecimiento y en el año 2050, de los 2.000 millones de personas mayores que habrá en el mundo, 1.800 millones vivirán en países en desarrollo, o si se prefiere otra nomenclatura, países del Sur global.

Para la elaboración de un instrumento que contemple las diferentes realidades que viven las personas mayores a lo largo y ancho del mundo es muy útil el análisis de los instrumentos regionales que existen, tanto para las Américas como para el continente africano. Se trata de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de Estados Americanos, 2015) y del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Personas Mayores en África (Unión Africana, 2016).

Estos instrumentos dan respuesta a los retos adicionales que presenta el envejecimiento en las regiones en desarrollo, dado que **el fenómeno demográfico se articula en algunos casos con la desigualdad estructural, en otros casos con la pobreza, y en general, con menores niveles de desarrollo en áreas tan esenciales como la salud.**

La presencia del derecho a la salud en los tres instrumentos supranacionales de protección, y los diferentes énfasis de cada uno de ellos en función de las características y contexto de sus respectivos sectores de población mayor ejemplifican la necesidad de que la convención universal los tome en cuenta. El derecho a la salud de la recomendación europea ya se analizó supra. En cuanto al instrumento interamericano pueden destacarse

varios aspectos (art. 19 de la Convención). En primer lugar, la atención que se presta a la medicina tradicional, alternativa y complementaria, que ocupa dos incisos diferentes dentro del artículo (a y k). En segundo lugar, la mención del envejecimiento activo, paradigma que ha tenido diversas denominaciones a lo largo de la historia de la Gerontología pero que sigue constituyendo uno de los más vigentes paradigmas sobre envejecimiento. En tercer lugar, la alusión a la salud sexual y reproductiva de la persona mayor y la inclusión de los servicios de salud asequibles y de calidad para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en esta población. En cuarto lugar, el objetivo de mejoramiento del estado nutricional de la persona mayor. En quinto lugar, la contemplación de servicios socio-sanitarios para el tratamiento de enfermedades que generan dependencia como las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, son de la mayor relevancia la inclusión de los cuidados paliativos y el acceso a los medicamentos para estos fines. En el instrumento africano se menciona que los Estados Parte deben garantizar el acceso de las personas mayores a los servicios de salud; tomar medidas en aras de facilitar la cobertura de seguro médico para las personas mayores dentro de los recursos disponibles; e incluir la geriatría y la gerontología en la formación del personal sanitario (art. 15 del Protocolo).

Sería conveniente que el tratado internacional que prepara Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos de las personas mayores tome en cuenta las aportaciones de la Recomendación, la Convención y el Protocolo. El multiculturalismo, las múltiples vejezes, la perspectiva de género y las intersecciones del envejecimiento con la pobreza y la desigualdad estructural presentes en los instrumentos interamericano y africano, así como los aprendizajes que se desprenden del instrumento europeo, por proceder de la región más envejecida del mundo, constituyen tres referentes de la máxima importancia para un marco normativo global que establezca simultáneamente estándares y denominadores comunes de derechos humanos de las personas mayores a la vez que atienda las particularidades del fenómeno del envejecimiento en las diferentes regiones y conforme a sus necesidades específicas.

Ideas básicas del Capítulo III

- La feminización de la vejez tiene repercusiones en el ámbito de la salud. Las mujeres viven más años pero en peores condiciones que los hombres.
- Le corresponde al Estado la protección del derecho a la salud a través de sistemas de salud pública de calidad. También le corresponde al Estado la supervisión de los proveedores privados de salud.
- La vejez no es una enfermedad y no puede catalogarse como tal para evitar precisar los padecimientos reales de las personas mayores.
- El cambio climático afecta especialmente a las personas mayores.
- Los Estados miembros de Naciones Unidas, como España, tienen una serie de obligaciones de carácter mínimo para avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud. Entre ellas, la obligación de garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria.
- Desde Naciones Unidas se reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. No obstante, se hace necesario un instrumento específico que reconozca los derechos de las personas mayores, abogándose por una convención internacional en este sentido.

- Desde la Unión Europea se están produciendo avances en materia de salud, por ejemplo en el campo de la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, el fomento de la solidaridad y la responsabilidad entre las generaciones y en los avances tecnológicos para ofrecer nuevos servicios y tratamientos.
- El ordenamiento jurídico español se caracteriza por carecer de una regulación que específicamente reconozca los derechos de las personas mayores, como el derecho a la salud.
- El derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución española de 1978 debe reconocerse sin discriminación, de acuerdo con el Tribunal Constitucional que ha entendido que no es posible discriminar por razón de la edad de forma arbitraria e injustificada.
- La reciente Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación reconoce en su artículo 15.2 que no es posible excluir del acceso a tratamientos sanitarios por razón de la edad, la discapacidad, o las enfermedades preexistentes.
- Las personas mayores como pacientes tienen una serie de derechos reconocidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Entre estos derechos, que se reconocen a todas las personas, destaca el derecho a la información sanitaria, al consentimiento informado, el acompañamiento al final de la vida así como los derechos relacionados con la historia clínica y a una segunda opinión médica.(2016) así como la normativa europea no vinculante, la Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2014).
- Sería deseable que el derecho a la salud de las personas mayores se protegiera con instrumentos específicos en el ámbito nacional y en el ámbito regional europeo.
- Una Convención Universal sobre los derechos humanos de las personas mayores debería tomar en cuenta los instrumentos vinculantes que ya existen en los sistemas internacionales de protección como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) y el Protocolo sobre derechos de las personas mayores adicional a la Carta Africana (2016) así como la normativa europea no vinculante, la Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2014).

Capítulo IV

LA PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE SISTEMAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Miguel Ángel Presno Linera

Catedrático de Derecho Constitucional

Universidad de Oviedo

1. La prohibición de discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud

1.1. Marco constitucional

1.2. Marco internacional

1.3. Marco legal

2. Breves consideraciones sobre la discriminación de las personas mayores de edad en el ámbito de la salud durante la pandemia de COVID-19; especial atención a las personas mayores que vivían en residencias

3. La aplicación de sistemas de inteligencia artificial en el ámbito de la salud y sus posibles efectos discriminatorios para las personas mayores

3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de inteligencia artificial?

3.2. La creciente incidencia de la inteligencia artificial en la atención sanitaria

3.3. Las obligaciones de las Administraciones sanitarias que usen sistemas de inteligencia artificial para garantizar la no discriminación de las personas mayores

3.4. Breves apuntes sobre el uso de robots social-asistenciales para la atención sanitaria de las personas mayores

3.5. ¿Es necesario reconocer constitucionalmente los neuroderechos para garantizar la atención sanitaria de las personas mayores?

Este capítulo versa, en primer lugar, sobre la prohibición radical, en el plano constitucional, internacional y legal, de la discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud.

En segundo lugar, se recuerda que esa prohibición no desaparece en tiempos de pandemia, donde, precisamente, la atención sanitaria a las personas que puedan estar en situación de mayor vulnerabilidad cobra especial labor, tanto si esas personas viven en sus domicilios, están ingresadas en una residencia o en un centro sanitario.

En tercer lugar, y de modo principal, en este capítulo se aborda el creciente uso de sistemas algorítmicos y de inteligencia artificial, a veces en forma de robots socio-asistenciales, para la prestación sanitaria a las personas mayores, lo que puede servir para mejorar los diagnósticos y la detección de enfermedades, facilitar la atención clínica o el desarrollo de medicamentos y terapias pero sin olvidar el riesgo de que se generen nuevas discriminaciones, el creciente y, en ocasiones, poco controlado acceso a datos sobre la salud o las dificultades para otorgar el consentimiento informado.

1. La prohibición de discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud¹

En las líneas siguientes haremos unas breves referencias jurídicas a la prohibición de discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud desde una perspectiva constitucional, internacional y legal, remitiéndonos, para una panorámica más amplia, a lo ya dicho en el año 2020 en el informe de HelpAge International España *La discriminación por razón de edad en España*.

1.1. Marco constitucional

La Constitución Española (CE) no menciona expresamente la prohibición de discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud pero es una consecuencia que se deriva de la interpretación sistemática de varios de sus preceptos: el artículo 14 impone una prohibición general de no discriminación por cualquier “otra condición o circunstancia personal o social”, donde, sin duda, entra la prohibición de discriminación de las personas mayores; el artículo 15 garantiza la integridad física y moral de todas las personas, incluidas obviamente las personas mayores, cuya integridad física quedaría amenazada si se las tratara de peor condición; el artículo 43, con el valor de principio rector de la política social y económica, protege la salud de todas las personas y el artículo 50 manda a los poderes públicos que promuevan el bienestar de las personas mayores “mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud”. Sobre este particular puede verse también el informe de HelpAge International España *El derecho a los cuidados de las personas mayores* (2021).

Al respecto, y en palabras del Tribunal Constitucional español (STC 63/2011, de 16 de mayo, FJ 3): “Por lo que se refiere en concreto a la edad como factor de discriminación, este Tribunal la ha considerado una de las condiciones o circunstancias incluidas en la fórmula abierta con la que se cierra la regla de prohibición de discriminación establecida en el art. 14 CE, con la consecuencia de someter su utilización por el legislador como factor de diferenciación al canon de constitucionalidad más estricto”. Con posterioridad, la STC 3/2018, de 22 de enero de 2018, consideró discriminatoria por razón de edad y discapacidad una decisión de la Comunidad de Madrid que excluyó a una persona con discapacidad intelectual de un centro de atención residencial para personas con discapacidad por razón de edad.

1.2. Marco internacional

Por lo que respecta a los tratados internacionales sobre derechos, con valor interpretativo ex artículo 10.2 CE, cabe recordar, en primer lugar, que el Convenio Europeo de Derechos Humanos proclama, en su artículo 14, lo siguiente: “El disfrute de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación”. Además, y trascendiendo a los derechos reconocidos en el CEDH, el Protocolo Adicional número 12 al Convenio, de 4 de noviembre de 2000 (y en

1 Esta publicación es uno de los resultados del Proyecto PID2022-136548NB-I00 “Los retos de la inteligencia artificial para el Estado social y democrático de Derecho”, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en la Convocatoria Proyectos de Generación de Conocimiento 2022.

vigor desde el 1 de abril de 2005), prevé, en su artículo 1, que: “1. El disfrute de todo derecho previsto por ley ha de ser asegurado sin discriminación alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación. 2. Nadie puede ser objeto de discriminación por parte de una autoridad pública, cualquiera que sea ésta, que pretenda justificarse especialmente en los motivos mencionados en el párrafo 1”.

La lista de motivos de discriminación que menciona este precepto del Protocolo es idéntica a la del artículo 14 porque se prefirió esta opción a la de mencionar nuevos supuestos (discapacidad física y mental o edad, por ejemplo) por considerar que era jurídicamente innecesaria, dado que la lista no es un catálogo exhaustivo y omnicompreensivo. En particular, se adujo que la inclusión de menciones adicionales podría propiciar una interpretación que amparara discriminaciones basadas en motivos no reflejados.

Este conjunto normativo persigue un grado similar de protección al de otros instrumentos, como el artículo 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos², el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos³ o el Título III de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (artículos 20 a 21). Y todas estas disposiciones han de ser tenidas en cuenta por los tribunales nacionales para interpretar sus propias normas antidiscriminatorias.

Desde una perspectiva sectorial, y como se recuerda en el citado Informe de HelpAge International España *La discriminación por razón de edad en España*, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad incluye referencias a las personas de edad en el artículo 25 b), sobre la salud, y en el artículo 28 2 b), sobre un nivel de vida adecuado y la protección social, así como referencias al acceso a la justicia adecuado a la edad en el artículo 13, y a medidas de protección que tengan en cuenta la edad en el artículo 16.

1.3. Marco legal

Con carácter general, la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, de aplicación, entre otros ámbitos, a la sanidad, incluye (art. 15) un derecho a la igualdad de trato y no discriminación en la atención sanitaria en virtud del cual “nadie podrá ser excluido de un tratamiento sanitario o protocolo de actuación sanitaria por la concurrencia de una discapacidad, por encontrarse en situación de sinhogarismo, por la edad, por sexo o por enfermedades preexistentes o intercurrentes, salvo que razones médicas debidamente acreditadas así lo justifiquen” (apartado 2); además, “las administraciones sanitarias promoverán acciones destinadas a aquellos grupos de población que presenten necesidades sanitarias específicas, tales como las personas mayores...” (apartado 3).

La prohibición de discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud viene recogida de manera expresa en las leyes sectoriales ya desde la Ley 14/1986, de 25 de

2 “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación”.

3 “Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

abril, General de Sanidad y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; en la primera de ellas no se mencionan expresamente la edad o la condición de persona mayor pero hay que entenderlas incluidas en la expresión general con la que concluye el artículo 10.1: “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social”. Esta Ley, además de prohibir la discriminación⁴, también contempla, de manera indirecta para las personas mayores, obligaciones de hacer para las Administraciones públicas sanitarias, como, por ejemplo, la de desarrollar “los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo...” (art. 18.5). Por su parte, la Ley 33/2011 ya incluye de manera expresa la edad como una circunstancia que excluye cualquier discriminación: “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” (art. 6.1). Más adelante se impone a las Administraciones públicas desarrollar “programas de prevención dirigidos a todas las etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en la infancia y la vejez” (art. 19.2.d).

2. Breves consideraciones sobre la discriminación de las personas mayores de edad en el ámbito de la salud durante la pandemia de COVID-19; especial atención a las personas mayores que vivían en residencias

En principio, y al menos en términos teóricos, durante la pandemia del COVID-19 la condición de persona mayor no ha sido un criterio excluyente para la protección de la salud como parte de la protección de la vida y la integridad física y moral. No obstante, sigue habiendo indicios para cuestionar que en muchas de las residencias se prestara la atención adecuada a las personas necesitadas, pues a las constatadas insuficiencias previas a la pandemia y denunciadas en el ámbito institucional y social, por ejemplo, por el Defensor del Pueblo y HelpAge International España, con ocasión del COVID-19 se produjo un déficit de protección de la salud de los trabajadores vinculado a las carencias de material y al cambio de especificaciones en los protocolos, siendo así que los trabajadores fueron uno de los principales vectores de contagio en las residencias. En algunas residencias se produjo la ausencia durante semanas de algunos perfiles profesionales imprescindibles para garantizar la atención cotidiana y, lo que es más grave, la atención sanitaria (véanse, por ejemplo, los estudios de Dalli Almiñana, 2023; Flores Giménez, 2023, o Marbán Gallego y otros, 2021).

Más de tres años después de la declaración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020 es criticable que no se hayan publicado datos oficiales del número de personas fallecidas por COVID-19 o con síntomas similares en las residencias sociosanitarias, con lo que

4 Artículo 21. No discriminación. 1. 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. 2. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación de los Tratados y sin perjuicio de sus disposiciones particulares”.

no es fácil valorar la gestión llevada a cabo en cada una. Habría que exigir, si estuviera justificado, las oportunas responsabilidades y, por último, sacar conclusiones que puedan servir de cara al futuro inmediato.

Por lo que respecta a la libertad deambulatoria de las personas mayores y su correlación con su salud física y psíquica, no se tuvo suficientemente en cuenta la necesidad de garantizarles, en particular a las que más lo necesitaban, unas salidas y paseos terapéuticos adoptando, como es obvio, las adecuadas medidas de seguridad, pues, aunque de un modo diferente a la población infantil, sobre esas personas también hizo mucha mella física y psicológica un confinamiento tan estricto y prolongado.

En particular, se mantuvo hasta el 25 de mayo de 2020 una prohibición que ofrece serios reparos constitucionales: la Orden SND/380/2020, de 30 de abril, sobre las condiciones en las que se podía realizar actividad física no profesional al aire libre durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que, en su preámbulo, insistía, entre otras cosas, en que “para la población adulta mayor la actividad física es también un factor clave para mantener una adecuada funcionalidad, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y para prevenir posibles limitaciones funcionales moderadas y graves”.

A pesar de estas consideraciones, y sin mayor fundamentación, se decía poco después que, “no obstante los beneficios señalados, en el momento actual de la crisis sanitaria, y con el fin de proteger uno de los colectivos más vulnerables, en esta fase no se contempla la práctica de la actividad física prevista en esta orden por parte de los residentes en los centros sociosanitarios de mayores”.

En el mismo sentido, en el art. 2 se dispuso (apdo. 1) que “se habilita a las personas de 14 años en adelante, a circular por las vías o espacios de uso público para la práctica de las actividades físicas permitidas por esta orden [...]”, pero más adelante (apdo. 5) se prevé que “no podrán hacer uso de la habilitación contenida en el apartado 1 las personas que presenten síntomas o estén en aislamiento domiciliario debido a un diagnóstico por COVID-19, o que se encuentren en período de cuarentena domiciliaria por haber tenido contacto con alguna persona con síntomas o diagnosticado de COVID-19. Asimismo, tampoco podrán hacer uso de dicha habilitación los residentes en centros sociosanitarios de mayores”.

En suma, se les aplicó a todas las personas residentes en centros sociosanitarios (tuvieran o no diagnosticado COVID-19, presentaran o no síntomas y estuvieran o no en cuarentena) el mismo régimen que a las personas a las que pareció proporcional limitar su actividad física por encontrarse en una situación de riesgo: la prohibición de disfrutar de un tiempo de actividad física (con más detalle, Presno, 2020).

Esta prohibición absoluta parece, cuando menos, desproporcionada: como se explica en la misma Orden, la actividad física es especialmente recomendable para las personas mayores en aras a “mantener una adecuada funcionalidad, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y para prevenir posibles limitaciones funcionales moderadas y graves”. ¿Por qué no se pudieron beneficiar de esta actividad, importante para su salud física y psíquica, ninguna de las personas que vivían en centros sociosanitarios?

No se olvide que estamos, por si hubiera alguna duda, hablando del ejercicio del derecho fundamental a la libertad de circulación y también del derecho a la protección de su salud. Se dice, no obstante, con un claro resabio paternalista, que la prohibición se adoptó para “proteger uno de los colectivos más vulnerables”. ¿Se protegió contra de su voluntad a personas autónomas y con capacidad de decidir? ¿Y se tomó, sin matiz o excepción alguna, una medida general e indiscriminada? ¿No hubieran podido hacer esa actividad ni siquiera en las inmediaciones del centro y/o acompañados de familiares, cuidadores o voluntarios en una concreta franja horaria?

Pues bien, y como ya se ha dicho más arriba, la propia Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública prevé 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 [...]”.

Aquí nos encontramos con una aparente discriminación, pues la medida se adoptó de manera indiferenciada para todas las personas residentes, al margen de si su salida a la calle suponía algún tipo de riesgo para las demás personas que vivían en el centro sociosanitario o que trabajaban en él, y todo ello sin ofrecer criterio alguno objetivo y razonable para tal exclusión.

3. La aplicación de sistemas de inteligencia artificial en el ámbito de la salud y sus posibles efectos discriminatorios para las personas mayores

3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de inteligencia artificial?

Quizá sea oportuno comenzar este apartado asumiendo que no siempre está del todo claro de qué se habla cuando se habla de inteligencia artificial (IA en lo sucesivo), ni siquiera en el ámbito tecnológico: en la corta historia de esta disciplina se han proporcionado distintas definiciones que, en general, aluden al desarrollo de sistemas que imitan o reproducen el pensamiento y obrar humanos, actuando racionalmente -en el sentido de hacer lo “correcto” en función de su conocimiento- e interactuando con el medio. La IA pretende sintetizar o reproducir los procesos cognitivos humanos, tales como la percepción, la creatividad, la comprensión, el lenguaje o el aprendizaje (Russell y Norvig, 2008).

Para ello, la IA utiliza todas las herramientas a su alcance, entre las que destacan las proporcionadas por la computación, incluidos los algoritmos. No obstante, los sistemas de IA no usan cualquier algoritmo -solo los que “auto-aprenden” a base del procesamiento de datos- pues, asumiendo una conceptualización amplia, un algoritmo es una sucesión finita de operaciones que se realizan en un orden preciso para dar respuesta a un problema, realizar un cómputo, procesar datos y llevar a cabo otras tareas o actividades y dichas operaciones ni son algo reciente ni tampoco un coto de las matemáticas o de la ingeniería informática, como pudiera pensarse por mor del impulso que han recibido en las últimas décadas por parte de esa última disciplina: según recuerda Chabert (1999), los babilonios ya los aplicaron a cuestiones jurídicas, los primeros profesores de Latín para entender

bien la gramática y, en las sucesivas culturas, han servido, entre otras cosas, para decidir tratamientos médicos o preparar alimentos⁵.

Por otro lado, en ocasiones se habla de IA cuando en realidad estamos hablando de un subcampo, el aprendizaje automático (o *machine learning* en inglés, AA en lo sucesivo). El AA trata de encontrar patrones en datos para construir sistemas predictivos o explicativos; por tanto, puede considerarse una rama de la IA ya que a partir de la experiencia (los datos) toma decisiones o detecta patrones significativos y eso es una característica fundamental de la inteligencia humana. Es importante resaltar que para que un sistema de AA tenga éxito es tan necesario utilizar los algoritmos adecuados como realizar una correcta gestión y tratamiento de los datos utilizados para desarrollar el sistema.

En el ámbito jurídico-institucional, en la Resolución del Parlamento Europeo, de 3 de mayo de 2022, sobre la inteligencia artificial en la era digital, se recuerda que hay una diferencia significativa entre la IA simbólica, que constituye el principal enfoque de la IA entre los años cincuenta y los años noventa, y la IA basada en datos y aprendizaje automático, que domina desde el año 2000: durante la primera oleada, la IA se desarrolló codificando los conocimientos y la experiencia de los expertos en un conjunto de reglas que luego ejecutaba una máquina; en la segunda oleada, los procesos de aprendizaje automatizados de algoritmos basados en el procesamiento de grandes cantidades de datos, la capacidad de reunir datos procedentes de múltiples fuentes diferentes y de elaborar representaciones complejas de un entorno dado, y la determinación de patrones convirtieron a los sistemas de IA en sistemas más complejos, autónomos y opacos, lo que puede hacer que los resultados sean menos explicables; en consecuencia, la IA actual puede clasificarse en muchos subcampos y técnicas diferentes.

Y siguiendo en el ámbito europeo, en el primer párrafo del Libro Blanco sobre la inteligencia artificial de la Comisión Europea, de 19 de febrero de 2020, se dice que “la inteligencia artificial (IA) se está desarrollando rápido. Cambiará nuestras vidas, pues mejorará la atención sanitaria (por ejemplo, incrementando la precisión de los diagnósticos y permitiendo una mejor prevención de las enfermedades), aumentará la eficiencia de la agricultura, contribuirá a la mitigación del cambio climático y a la correspondiente adaptación, mejorará la eficiencia de los sistemas de producción a través de un mantenimiento predictivo, aumentará la seguridad de los europeos y nos aportará otros muchos cambios que de momento solo podemos intuir. Al mismo tiempo, la IA conlleva una serie de riesgos potenciales, como la opacidad en la toma de decisiones, la discriminación de género o de otro tipo, la intromisión en nuestras vidas privadas o su uso con fines delictivos”.

Así pues, la Comisión Europea asume algo de todo punto inevitable: que la IA va a cambiar -es seguro que ya lo está haciendo- nuestras vidas y, en consecuencia, esa transformación afectará, según el trabajo de investigación del Consejo de Europa sobre algoritmos y derechos humanos, a un gran número, sino a la práctica totalidad, de

5 En el glosario que incorpora la Carta Ética Europea sobre el uso de la Inteligencia Artificial en los sistemas judiciales y su entorno, de 4 de diciembre de 2018, se define el algoritmo como una “secuencia finita de reglas formales (operaciones lógicas e instrucciones) que permiten obtener un resultado de la entrada inicial de información. Esta secuencia puede ser parte de un proceso de ejecución automatizado y aprovechar modelos diseñados a través del aprendizaje automático”; nos extendemos sobre estas cuestiones en Presno Linera, 2022.

nuestros derechos fundamentales⁶; entre ellos, y de modo especialmente intenso, y a su vez vinculado a muchos otros derechos, al de no sufrir discriminación por raza, género, edad, orientación sexual...; a los derechos dependientes del acceso a los servicios públicos (educación, sanidad...) y, en general, a los derechos sociales (prestaciones por desempleo, enfermedad, jubilación...).

A los efectos de estas páginas se asumirá la definición de IA incluida en la última versión (14 de junio de 2023) de la propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial (Ley de Inteligencia Artificial) y se modifican determinados actos legislativos de la Unión: un sistema de IA es “un sistema basado en máquinas diseñado para funcionar con diversos niveles de autonomía y capaz, para objetivos explícitos o implícitos, de generar información de salida —como predicciones, recomendaciones o decisiones— que influya en entornos reales o virtuales”.

3.2. La creciente incidencia de la inteligencia artificial en la atención sanitaria

Prácticamente cada día se conocen noticias sobre las aplicaciones de la IA en diferentes campos y, singularmente, en el sanitario, ámbito en el que la Organización Mundial de la Salud publicó, ya en 2021, el primer informe mundial sobre inteligencia artificial aplicada a la salud y seis principios rectores relativos a su concepción y utilización (*Ethics and governance of artificial intelligence for health*).

En este informe se destaca que la IA puede utilizarse, lo que ya se está haciendo en algunos países ricos, para mejorar la velocidad y la precisión del diagnóstico y la detección de enfermedades; facilitar la atención clínica; reforzar la investigación en el ámbito de la salud y el desarrollo de medicamentos, y apoyar diversas intervenciones de salud pública, como la vigilancia de la morbilidad, la respuesta a los brotes y la gestión de los sistemas de salud. La IA también podría permitir que los pacientes tuvieran un mayor control de su propia atención de salud y comprendieran mejor la evolución de sus necesidades. Además, podría facilitar el acceso a los servicios de salud en los países con escasos recursos y las comunidades rurales, donde los pacientes a menudo tienen dificultades para acceder a los agentes de salud o al personal médico.

Como contrapartida, en ese informe se advierte del peligro de sobreestimar las ventajas de la IA en el ámbito de la salud, sobre todo cuando esto se hace en detrimento de inversiones y estrategias básicas que son necesarias para lograr la cobertura sanitaria universal. Además, también se señala que las oportunidades conllevan desafíos y riesgos, como la recopilación y utilización poco éticas de los datos sobre salud; los sesgos codificados en los algoritmos, y los riesgos que presenta la IA para la seguridad del paciente, la ciberseguridad y el medio ambiente.

Así, por ejemplo, si bien la inversión de los sectores público y privado en el desarrollo y despliegue de la IA es fundamental, el uso no regulado de la IA podría subordinar los derechos e intereses de los pacientes y las comunidades a los poderosos intereses

6 Algorithms and Human Rights. Study on the human rights dimensions of automated data processing techniques and possible regulatory implications, Published by the Council of Europe, 2018, disponible en <https://rm.coe.int/algorithms-and-human-rights-en-rev/16807956b5> (a 7 de julio de 2023).

comerciales de las empresas tecnológicas o a los intereses de los gobiernos en materia de vigilancia y control social. El informe también pone de relieve que los sistemas entrenados principalmente a partir de datos recopilados de personas que viven en países de alto ingreso pueden no funcionar bien en el caso de las poblaciones de entornos de ingreso bajo o mediano. Por lo tanto, los sistemas de IA deberían diseñarse cuidadosamente a fin de reflejar la diversidad de los entornos socioeconómicos y de atención de salud. Estos deberían acompañarse de formación en aptitudes digitales, de implicación comunitaria y de sensibilización, en particular para los millones de agentes de salud cuya alfabetización digital o readaptación profesional serán necesarias en caso de que se automaticen sus cometidos y funciones, y que deberán lidiar con máquinas que podrían poner en entredicho las facultades decisorias y la autonomía de los prestadores y los pacientes.

Con el objetivo de limitar los riesgos y aumentar las oportunidades que conlleva la utilización de la IA en el ámbito de la salud, la OMS propone que su reglamentación y gobernanza se basen en los principios siguientes: preservar la autonomía del ser humano, promover el bienestar y la seguridad de las personas y el interés público; garantizar la transparencia, la claridad y la inteligibilidad; promover la responsabilidad y la rendición de cuentas; garantizar la inclusividad y la equidad, con independencia de la edad, el sexo, el género, el ingreso, la raza, el origen étnico, la orientación sexual, la capacidad u otras características amparadas por los códigos de derechos humanos, y, finalmente, promover una IA con capacidad de respuesta y sostenible.

En la Unión Europea la mencionada Propuesta de Reglamento tiene como uno de sus objetivos promover la adopción de una inteligencia artificial fiable y centrada en el ser humano y garantizar un elevado nivel de protección de la salud, para lo que conviene establecer normas comunes para todos los sistemas de IA de alto riesgo al objeto de garantizar un nivel elevado y coherente de protección de los intereses públicos en lo que respecta a la salud, la seguridad y los derechos fundamentales, así como a la democracia y el Estado de Derecho y el medio ambiente. Dichas normas deben ser coherentes con la Carta, el Pacto Verde Europeo, la Declaración Conjunta sobre los Derechos Digitales de la Unión y las Directrices éticas para una inteligencia artificial fiable del grupo de expertos de alto nivel sobre inteligencia artificial y no deben ser discriminatorias.

En la propia propuesta de Reglamento se destaca que los sistemas de IA pueden tener un efecto adverso para la salud y la seguridad de las personas, en particular cuando funcionan como componentes de seguridad de productos. Por este motivo, es importante prevenir y reducir debidamente los riesgos de seguridad que pueda generar un producto en su conjunto debido a sus componentes digitales, entre los que pueden figurar los sistemas de IA. Por ejemplo, los robots cada vez más autónomos que se utilizan con fines de asistencia y cuidado personal, en particular para la atención de personas mayores, deben poder funcionar y desempeñar sus funciones de manera segura en entornos complejos. Del mismo modo, en el sector sanitario, donde los riesgos para la vida y la salud son especialmente elevados, los sistemas de diagnóstico y de apoyo a las decisiones humanas, cuya sofisticación es cada vez mayor, deben ser fiables y precisos.

Como es conocido, una de las claves del extraordinario desarrollo de la IA en los últimos años es el uso de una cantidad ingente de datos (*el big data*) pero no se trata únicamente de tener muchos datos sino de tener datos de alta calidad para, entre otras cosas, evitar resultados discriminatorios a la hora de entrenar, validar y probar los sistemas de IA.

A este respecto, y para evitar, por ejemplo, resultados adversos o no adecuados de tratamientos médicos obtenidos a partir de sistemas de IA es fundamental que se tengan en cuenta datos de personas mayores y que esa aportación se haga de una manera segura, transparente, fiable y respetando la intimidad de las personas afectadas.

3.3. Las obligaciones de las administraciones sanitarias que usen sistemas de inteligencia artificial para garantizar la no discriminación de las personas mayores

Como ya se ha dicho más arriba, el creciente uso de la IA en el ámbito sanitario supone innegables ventajas, pero también conlleva una serie de riesgos, como su entrenamiento con datos sesgados, eventuales efectos indeseados sobre la seguridad de los pacientes, dificultades añadidas para formar un consentimiento debidamente informado... y estos riesgos pueden incrementarse cuando se aplican estos sistemas a la atención de personas mayores.

En mi opinión, no se trata de introducir nuevos derechos de estos pacientes, pues la debida atención a su salud, la exigencia de contar con su consentimiento o la prohibición de que sean objeto de algún tipo de discriminación algorítmica ya están recogidos con claridad en las normas constitucionales, internacionales y legales.

Lo que sí debe potenciarse es la llamada dimensión objetiva de los derechos de las personas mayores, que obliga a las Administraciones sanitarias a llevar a cabo actuaciones concretas que permitan el máximo desarrollo, jurídico y práctico, del haz de facultades comprendido en el derecho a la salud. En esta línea, "... la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria como principio debe extenderse a las aplicaciones de la IA relacionadas con la salud, incluidos los sistemas para la detección de enfermedades, la gestión de afecciones crónicas, la prestación de servicios sanitarios y el descubrimiento de fármacos; hace hincapié en la necesidad de adoptar medidas adecuadas para hacer frente a los riesgos para la salud relacionados con la brecha digital, el sesgo algorítmico, la discriminación y la marginación de las personas vulnerables o las minorías culturales, que tienen un acceso limitado a la asistencia sanitaria" (Resolución del Parlamento Europeo sobre la IA en la era digital, párrafo 241).

A este respecto, y aunque en España no existe todavía una normativa reguladora de la IA, se prevé que en 2024 o 2025 esté en vigor el Reglamento europeo, que será directamente aplicable en todos los países miembros y que cuya propuesta, en fase avanzada de tramitación, prevé, entre otras cosas y por lo que aquí interesa, lo siguiente:

1. medidas de alfabetización en materia de IA, través de la educación y la formación y de programas de capacitación, garantizando un equilibrio adecuado en materia de género y de edad, con vistas a permitir un control democrático de los sistemas de IA;
2. prohibición de introducción en el mercado, puesta en servicio o utilización de un sistema de IA que aproveche alguna de las vulnerabilidades de una persona o un grupo específico de personas —incluidas las características conocidas o predichas de los rasgos de personalidad o la situación social o económica de esa persona o grupo, la edad y la capacidad física o mental— con el objetivo o el efecto de alterar de manera sustancial el comportamiento de dicha persona o de una persona que

- pertenezca a dicho grupo de un modo que provoque o sea probable que provoque perjuicios significativos a esa persona o a otra;
3. el producto del que el sistema de IA es componente de seguridad o el propio sistema de IA como producto, debe someterse a una evaluación de la conformidad relativa a los riesgos para la salud y la seguridad realizada por un organismo independiente para su introducción en el mercado o puesta en servicio;
 4. se considerarán de alto riesgo los sistemas de IA si presentan un riesgo significativo de causar perjuicios para la salud, la seguridad o los derechos fundamentales de las personas físicas;
 5. identificación, estimación y evaluación de los riesgos conocidos y razonablemente previsibles que el sistema de IA de alto riesgo pueda plantear para la salud o la seguridad de las personas físicas, sus derechos fundamentales, incluida la igualdad de acceso y oportunidades, cuando el sistema de IA de alto riesgo se utilice de conformidad con su finalidad prevista y en condiciones de uso indebido razonablemente previsible;
 6. cuando se implante el sistema de gestión de riesgos los proveedores prestarán especial atención a la probabilidad de que grupos vulnerables de personas o menores se vean afectados negativamente por el sistema de IA de alto riesgo de que se trate;
 7. se adoptarán medidas adecuadas para detectar, prevenir y mitigar posibles sesgos que puedan afectar a la salud y la seguridad de las personas;
 8. los sistemas de IA de alto riesgo se diseñarán y desarrollarán de modo que sean vigilados de manera efectiva por personas físicas, lo que incluye dotarlos de una herramienta de interfaz humano-máquina adecuada, entre otras cosas, de forma proporcionada a los riesgos asociados a dichos sistemas. El objetivo de la vigilancia humana será prevenir o reducir al mínimo los riesgos para la salud, la seguridad, los derechos fundamentales o el medio ambiente que pueden surgir cuando un sistema de IA de alto riesgo se utiliza conforme a su finalidad prevista o cuando se le da un uso indebido razonablemente previsible;
 9. los proveedores garantizarán que los sistemas de IA destinados a interactuar con personas físicas estén diseñados y desarrollados de forma que el sistema de IA, el propio proveedor o el usuario informen de manera clara, inteligible y oportuna a dichas personas físicas expuestas a un sistema de IA de que están interactuando con un sistema de IA, excepto en las situaciones en las que esto resulte evidente debido a las circunstancias y al contexto de utilización. Cuando proceda y sea pertinente, esta información también revelará qué funciones se encuentran habilitadas por la IA, si existe vigilancia humana y quién es responsable del proceso de toma de decisiones, así como los derechos y procesos existentes que, de conformidad con el Derecho de la Unión y nacional, permiten a las personas físicas o a sus representantes oponerse a que se les apliquen dichos sistemas y solicitar reparación judicial contra las decisiones adoptadas por los sistemas de IA o los perjuicios causados por ellos, incluido su derecho a solicitar una explicación;

10. cualquier riesgo significativo para los derechos fundamentales, la democracia y el Estado de Derecho, la salud y seguridad o el medio ambiente detectado durante el proceso de desarrollo y prueba de estos sistemas de IA implicará la mitigación inmediata y apropiada;
11. los Estados miembros promoverán la investigación y el desarrollo de soluciones de IA que favorezcan la obtención de resultados positivos desde el punto de vista social y medioambiental, por ejemplo, el desarrollo de soluciones basadas en la IA para aumentar la accesibilidad para las personas con discapacidad, atajar desigualdades socioeconómicas y cumplir los objetivos en materia de sostenibilidad y medio ambiente;
12. toda persona afectada sujeta a una decisión adoptada por el implementador sobre la base de la información de salida de un sistema de IA de alto riesgo que produzca efectos jurídicos o que le afectan significativamente de una manera que considera que perjudica a su salud, seguridad, derechos fundamentales, bienestar socioeconómico o cualquier otro de sus derechos derivados de las obligaciones establecidas en el presente Reglamento, tendrá derecho a solicitar al implementador una explicación clara y significativa sobre el papel del sistema de IA en el procedimiento de toma de decisiones, los principales parámetros de la decisión adoptada y los datos de entrada correspondientes.

Se trata, en definitiva, de garantizar que las personas mayores, aunque, obviamente, no solo ellas, estén capacitadas para conocer cuando están interactuando, en el ámbito de la salud, con un sistema de IA; de evitar que se aplique un sistema de IA que se aproveche de alguna de sus posibles circunstancias de vulnerabilidad; de asegurar que estos sistemas han sido evaluados previamente a su uso y han sido estimados sus posibles riesgos; de prevenir posibles sesgos que puedan afectar a la salud y la seguridad de las personas mayores; de establecer una vigilancia efectiva de estos sistemas por personas físicas para prevenir o reducir al mínimo los riesgos para la salud y la seguridad de las personas mayores, llegando, si es necesario, a suspender su uso; a todo ello se unirá el derecho de la persona mayor a solicitar una explicación clara y significativa sobre el papel del sistema de IA en el procedimiento de toma de decisiones, los principales parámetros de la decisión adoptada y los datos de entrada correspondientes. En otras palabras, la IA no puede suponer una vuelta a una medicina paternalista en la que el paciente no tenga la máxima autonomía posible y en la que un sistema de IA ocupe el papel que antes tenían los profesionales de la salud.

3.4. Breves apuntes sobre el uso de robots social-asistenciales para la atención sanitaria de las personas mayores

Cada vez es más frecuente encontrarse con la oferta de robots de carácter social-asistencial, con rasgos humanoides o animales, que se presentan como una de las herramientas a emplear para la atención y el cuidado de personas mayores que padezcan algún tipo de necesidad en materia de salud.

Entre las ventajas que pueden aportar estos dispositivos electrónicos estarían, entre otras, las siguientes: por una parte, el progresivo aumento de la población mayor dificulta el acceso de todas estas personas a una atención y cuidado particularizados y esa carencia de profesionales podría colmarse, en parte, con robots capaces de ayudar a su

desplazamiento y movilidad, a facilitar su higiene diaria y su alimentación, para controlar la adecuada la toma de la medicación o para facilitar la comunicación con la familia, el centro de salud...; por otra parte, y en el supuesto de personas mayores con problemas cognitivos y determinadas demencias, los robots pueden aportar ayudas terapéuticas, paliar el aislamiento, recabar ayuda humana en caso necesario...

Estas ventajas no deben ocultar los riesgos que también presenta el recurso a los robots: cómo asegurar que no recopilan datos e informaciones privadas de la persona a la que atienden, cómo garantizar en todos los casos que la persona en cuestión ha aceptado de manera informada, libre y consciente el tratamiento con robots, quién asume la responsabilidad ante un error o una mala práctica por parte del robot... y, más en general, si este tipo de atención es compatible en todo caso con la dignidad y autonomía mínima de la persona que recibe el cuidado. Un problema adicional puede ser el elevado costo de alguno de estos robots y la consiguiente dificultad de que sean accesibles para buena parte de las personas mayores que podrían necesitarlos.

3.5. ¿Es necesario reconocer constitucionalmente los neuroderechos para garantizar la atención sanitaria de las personas mayores?

En los últimos tiempos se viene debatiendo si, ante el desarrollo de la IA y el científico y tecnológico en general, es necesario promover cambios constitucionales que incorporen nuevos derechos fundamentales, los llamados “neuroderechos”, que vienen siendo impulsados de manera especial por el grupo del investigador Rafael Yuste a través de la NeuroRights Initiative, que ha sido promovida por el Centro de Neurotecnología de la Universidad de Columbia, y que aspira a que se reconozcan, en el plano internacional y nacional, los siguientes derechos, que podrían tener una incidencia especial en el caso de las personas mayores:

1. el derecho a la identidad, evitando el riesgo de control externo de la integridad física y mental;
2. el derecho a la libertad de pensamiento y el libre albedrío para elegir las propias acciones frente a manipulaciones externas;
3. el derecho a la privacidad mental como capacidad de mantener los propios pensamientos protegidos frente a divulgaciones no consentidas;
4. el derecho a que los beneficios de las mejoras de la capacidad sensorial y mental a través de la neurotecnología se distribuyan de forma justa entre toda la población, y
5. el derecho a la protección contra el sesgo algorítmico, o la capacidad de garantizar que las tecnologías no introduzcan prejuicios.

De una manera mucho más concisa estos neuroderechos han sido reconocidos en fechas relativamente recientes (25 de octubre de 2021) en la Constitución chilena, cuyo artículo 19.1 in fine dispone que “El desarrollo científico y tecnológico estará al servicio de las personas y se llevará a cabo con respeto a la vida y a la integridad física y psíquica. La ley regulará los requisitos, condiciones y restricciones para su utilización en las personas, debiendo resguardar especialmente la actividad cerebral, así como la información proveniente de ella”.

A este respecto, desde el Parlamento Europeo se “pide a la Comisión que estudie la posibilidad de presentar una iniciativa relativa a los neuroderechos, con el objetivo de proteger el cerebro humano contra la injerencia, la manipulación y el control por parte de la neurotecnología impulsada por la IA [y] anima a la Comisión a que defienda una agenda de neuroderechos a nivel de las Naciones Unidas con el fin de incluir estos derechos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, concretamente en lo que respecta a los derechos a la identidad, al libre albedrío, a la privacidad mental, a la igualdad de acceso a los avances en materia de aumento del cerebro y a la protección frente al sesgo algorítmico” (Resolución sobre la inteligencia artificial en la era digital, párrafo 247).

Sin embargo, en nuestra opinión, no parece necesario incorporar estos derechos de manera expresa a la Constitución española, pues las facultades en las que consisten ya están protegidas en diversos derechos fundamentales: la privacidad o intimidad mental ya sería parte del derecho a la intimidad personal (art. 18); la identidad personal podría ampararse en los derechos a la integridad física y moral y a la libertad ideológica (arts. 15 y 16); el libre albedrío sería, en realidad, el libre desarrollo de la personalidad garantizado en la CE (art. 10.1) y que se proyecta, a su vez, en diferentes derechos fundamentales, como la ya citada integridad física y moral, la libertad de expresión, la libertad ideológica, la de participación política... (arts. 15, 16, 20, 23...); finalmente, el acceso justo al aumento mental y la protección frente al sesgo serían una concreción, entre otros, del derecho a no ser discriminado en el ámbito de la salud (arts. 14 y 43).

Ideas básicas del Capítulo IV

- La atención sanitaria no puede suponer ningún tipo de discriminación para las personas mayores y está expresamente prohibida por las normas constitucionales, internacionales y legales.
- Estas prohibiciones teóricas no siempre son respetadas en la práctica y hay datos que nos permiten concluir que eso fue lo que ocurrió durante la pandemia de COVID-19, en la que grupos de personas mayores, especialmente quienes estaban en residencias, no recibieron el tratamiento adecuado a su situación.
- Es cada vez más frecuente que la atención sanitaria se sirva de dispositivos de inteligencia artificial, que, como toda herramienta, aportan ventajas, pero también implican riesgos; en particular, para las personas mayores, lo que impone una serie de cautelas a las Administraciones Públicas a la hora de emplear esos dispositivos.
- Más que incorporar nuevos derechos (como los “neuroderechos”), la inteligencia artificial exige que las Administraciones sanitarias asuman más obligaciones dirigidas a prevenir riesgos y abusos en relación, en particular, con las personas mayores.

Capítulo V

LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS. PRINCIPALES BARRERAS

Francisco José Tarazona Santabalbina

Vocal clínico

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

- 1. Introducción**
- 2. Prevención primaria, secundaria y terciaria en personas mayores**
- 3. El abordaje terapéutico de las personas mayores en la atención sanitaria**
- 4. Los programas de rehabilitación para el adulto mayor en la atención sanitaria**
- 5. La atención paliativa al adulto mayor en la atención sanitaria**
- 6. Principales barreras en la atención sanitaria al adulto mayor**

En este capítulo vamos a analizar los principales retos de la atención al adulto mayor desde la perspectiva preventiva como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Asimismo, dentro del reto que supone el actual proceso de envejecimiento poblacional, el mantenimiento de la funcionalidad, o su recuperación tras un evento agudo o crónico, son cruciales para mantener un nivel óptimo de salud, y de calidad de vida en el mayor, al tiempo que redundamos en una eficiencia del sistema. Por último, no podemos olvidar la necesidad de procurar la mejor calidad de vida posible, con un buen control de síntomas, a aquellos pacientes mayores que por la progresión de la enfermedad, o por su situación basal, no son subsidiarios de recibir tratamientos activos y llegado el momento, garantizarles una muerte digna. Finalmente, comentar la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, muchas veces divididos en varias consejerías, y de la adecuada coordinación y comunicación entre administraciones para mejorar la atención a los adultos mayores.

1. Introducción

Desde la segunda mitad del siglo pasado, la humanidad ha experimentado un incremento sin precedentes de la expectativa de vida (Chang y otros, 2019). Actualmente, España, uno de los países más longevos del globo, presenta una expectativa de vida cercana a los 80 años en hombres y próxima a los 85 años en mujeres, incrementándose cada década la población de centenarios (Permanyer, 2018). Este logro colectivo, que debería ser motivo de alegría, presenta también retos y amenazas que deben de ser satisfechos adecuadamente tanto para el colectivo de mayores como para la sociedad. **Una de las premisas de la medicina geriátrica que no termina de calar en los ámbitos institucionales, independientemente de la administración del Estado que ostente las competencias, es que la inversión sanitaria en prevención, tratamiento, rehabilitación y aproximación paliativa, según las circunstancias individuales del adulto mayor, redundará en una mejor calidad de vida del ciudadano y en una mejor eficiencia del sistema al reducir posteriores costes sociales y sanitarios.** Lentamente, algunas administraciones han iniciado el desarrollo de planes de prevención y atención al adulto mayor, con situaciones concretas como la fragilidad, han empezado a desarrollar iniciativas ya implantadas en otros países, como los programas destinados a aportar a pacientes con movilidad reducida o problemas de accesibilidad, los cuidados sanitarios interdisciplinares a domicilio o desde la medicina comunitaria, una de las grandes olvidadas, empieza a ofertarse una cartera de programas para el mantenimiento de salud.

No obstante todavía quedan algunas conductas a erradicar, las cuales amenazan la salud de los mayores. La percepción de soledad no deseada y el aislamiento social son cada vez más frecuentes en este colectivo, con importantes consecuencias para la salud de los mayores (Yanguas, Pinazo, Tarazona, 2018). Desde la medicina comunitaria, con una correcta utilización de recursos desde las distintas administraciones, deberían compartirse **iniciativas de proximidad** que reduzcan un síndrome geriátrico tan poco atendido y que ocasiona importantes problemas psicológicos y clínicos en los mayores. Asimismo, el edadismo, aún presente en ciertas inercias clínicas, redundará negativamente en la salud física y mental, en la calidad de vida, aumentando el riesgo de discapacidad y mortalidad (Tarazona y otros, 2021).

Por ese motivo, la **integración de recursos sanitarios y sociales**, la comunicación fluida, ágil y eficiente entre administraciones y la implicación de una sociedad en la atención sanitaria de los mayores puede, y debe, redundar, en un envejecimiento saludable, que preserve niveles óptimos de calidad de vida en el mayor y que, a la par, contribuya al mantenimiento de un sistema amenazado no por los mayores, sino por la ausencia de políticas educativas y preventivas activas de promoción de la salud que mejoren el conocimiento general sobre los riesgos de las conductas no saludables y que consigan una auténtica concienciación cívica sobre las bondades de los adecuados hábitos de vida en la preservación de la calidad de vida en todas las etapas del ciclo vital.

Como se comentó previamente, se trata no tanto, aunque también, de crear nuevos modelos (Conroy, Turpin, 2016) sino, al menos inicialmente, **facilitar la accesibilidad del mayor a los distintos recursos ya existentes, incrementando la eficiencia de los mismos** con la doble finalidad de preservar la salud del mayor y del sistema, manteniendo la autonomía siempre que sea posible del mayor en su domicilio, mejorando la accesibilidad a los servicios sanitarios (Knight y Winterbotham, 2020) y las ayudas para los pacientes

en situación de dependencia o riesgo de la misma, protegiendo la salud de cuidadores formales e informales y evitando la aparición de síndromes geriátricos potencialmente prevenibles, independientemente del nivel asistencial en el que se encuentre ubicado el mayor.

Si nadie discute que la salud es un derecho, que no creo que lo discuta nadie, es obligación de todos los implicados en la atención sanitaria y social del mayor, con estrategias coordinadas y con una adecuada formación del personal implicado. De nosotros depende y, en esa línea, va enfocado el desarrollo de este capítulo.

2. Prevención primaria, secundaria y terciaria en personas mayores

Resulta curioso observar cómo, en la época medieval, la producción científica médica del momento iba encaminada a preservar la salud para evitar una enfermedad difícilmente tratable con el arsenal terapéutico de aquellos tiempos y, en comparación, el escaso énfasis que se realiza actualmente desde los distintos niveles asistenciales, parapetados en la potencialidad del arsenal actual que es inferior a la que estimamos. Podemos recurrir al valenciano Arnau de Vilanova y su *“Regimen Sanitatis”* o a su texto *“de preservanda juventute et retardanda senectute”* para observar esa vocación preventiva que una medicina actual, demasiado confiada en su capacidad curativa, parece olvidar.

No obstante, y siguiendo lo comentado en el punto anterior, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de síndromes geriátricos, apoyados en muchas ocasiones por las nuevas tecnologías (Kampmeijer , 2016), permiten enlentecer la velocidad de envejecimiento y la aparición de signos deletéreos sobrevenidos de un peor declinar fisiológico. Así, la promoción de la salud desde edades tempranas permitiría reducir la actual epidemia de obesidad, incluida la infantil, y su vínculo pernicioso a las enfermedades cardiovasculares, el más conocido, pero también, y sobre este punto no se observa tanta concienciación, a las enfermedades neurodegenerativas y oncológicas. **Por eso, desde las administraciones públicas e instituciones asociadas debería fomentarse la promoción de hábitos adecuados de salud**, incluyendo la adherencia a dietas saludables, como la mediterránea, de una práctica regular de ejercicio físico de tres o cuatro veces por semana, la evitación, o abandono en su caso, de hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol y drogas no legales. No obstante, estas iniciativas únicamente tendrán éxito si se incrementa la formación, y a la información, a los adultos mayores (Leahy, 2012).

Asimismo, dentro de las estrategias de prevención primaria dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad, junto con las medidas de promoción de la salud previamente mencionadas, cabe destacar la sensibilidad cada vez mayor de las instituciones sanitarias autonómicas para conseguir calendarios vacunales para los adultos mayores al igual que tenemos para otros grupos etarios. En este sentido tampoco deberíamos olvidar la importancia, y la eficiencia, de los programas de prevención de caídas en mayores para reducir la pérdida funcional, el incremento de la incidencia de caídas y de la mortalidad (Montero-Odasso y otros, 2022). Además junto a la prevención de caídas previamente mencionada, la prevención de la inactividad, de la percepción de aislamiento social, de los factores de riesgo cardiovascular, el mantenimiento de una adecuada salud cognitiva, junto a una correcta audición y la preservación de una correcta salud ósea para evitar

fracturas son algunas de las iniciativas más exitosas, junto a la propia vacunación, en el adulto mayor (Visconti y Neiterman, 2021).

Las medidas de **prevención primaria**, como casi al práctica totalidad de las actuaciones médicas, no son infalibles y deben acompañarse de intervenciones de **diagnóstico precoz de la enfermedad**, lo que conocemos como **prevención secundaria**. En este sentido, la edad del paciente no debe de ser motivo de exclusión de los programas de cribado poblacional, especialmente de enfermedades oncológicas. Así, siempre que la llamada evidencia científica haya demostrado un beneficio para el adulto mayor del cribado de procesos concretos, este grupo etario no debería ser excluido de los mismo (Mohan y Chattopadhyay, 2020). De hecho, actualmente, observamos cómo el incremento del arsenal terapéutico está ampliando el cribado del cáncer de próstata hacia edades no incluidas hace muy pocas décadas. Por último, cuando la enfermedad ya está presente, nuestro objetivo es evitar en la medida de lo posible su progresión o reagudización, prevención terciaria, y cuando esto no es posible trataremos de preservar la función remanente a pesar de la enfermedad, lo que conocemos como prevención cuaternaria. Para estas dos últimas estrategias se observan grandes desigualdades territoriales entre los distintos territorios autonómicos, lo que impide que todos los adultos mayores accedan a una misma cartera de servicios necesaria adaptada a sus necesidades (Prince y otros, 2015).

Por el contrario, observamos **una clara asimetría en la accesibilidad a unos mismos recursos adecuados dependiendo del lugar de residencia del usuario mayor**. Del mismo modo, se observan varias velocidad en la implementación de unidades de manejo domiciliario, de recuperación funcional y de media estancia, o convalecencia como también son denominadas, en el territorio estatal y una diferente oferta de servicios sanitarios como las unidades geriátricas de agudos, el acceso a recursos sociosanitarios públicos o a unidades específicas de rehabilitación como las unidades de ictus o los hospitales de larga estancia (HACLES). Independientemente de las transferencias en materia de salud a las comunidades autónomas, **el principio constitucional de igualdad de acceso a los servicios públicos debería ser garantizado**, situación que no se produce en el momento actual. Esto obliga a establecer unas directrices consensuadas entre la administración central y las autonómicas para consensuar los estándares de calidad en la atención a los mayores con el objetivo de evitar la actual situación que lejos de beneficiar a nadie termina perjudicando a un colectivo vulnerable como es el de los adultos mayores.

3. El abordaje terapéutico de las personas mayores en la atención sanitaria

Del mismo modo que comentábamos en el apartado anterior, la atención terapéutica al adulto mayor va más allá de la enfermedad aguda o crónica presente. La alta prevalencia de síndromes geriátricos asociados, la amenaza sobre la funcionalidad de muchos de ellos, como la malnutrición, la sarcopenia o la fragilidad, **requieren de una atención coordinada e interdisciplinar** que, de nuevo, choca con las distintas prioridades que las comunidades autónomas otorgan a los mayores en cuanto a prioridad de recursos.

Es inadmisibile que, bien entrado ya el siglo XXI, no todos los hospitales de la red pública estatal cuenten con una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y esta carencia no tiene otra causa sino la ausencia de una equilibrada, y eficiente, mirada a las verdaderas necesidades del adulto mayor y también, es justo decirlo, del propio sistema sanitario.

Centrar la atención en la cura o la atenuación sintomática de un proceso clínico concreto sin entender que entre los problemas del caso puede presentarse, y de hecho se presenta con alta frecuencia, un problema funcional que dificulta, cuando no impide, el retorno del mayor a su entorno social habitual es no entender ni la particular idiosincrasia del mayor ni la necesidad de eficiencia de los servicios sanitarios y sociales. La falta de sensibilización de las autoridades sanitarias respecto a la atención al mayor olvida los importantes aportes científicos que ratifican las bondades del abordaje interdisciplinar (Baztán y Rodríguez-Mañas, 2022) combinado no únicamente en estas UGA previamente comentadas sino en otros procesos complejos como el paciente oncológico o el paciente mayor con fractura de cadera, donde estos equipos ya operativos, conocidos como unidades de oncogeriatría (Taberna y otros, 2020) y ortogeriatría (Van Heghe y otros, 2022) respectivamente, demuestran importantes mejoras en los resultados de salud en los mayores y una gran rentabilidad para el sistema al ahorrar importantes gastos sanitarios y sociales futuros si estas unidades no hubieran participado activamente en la toma de decisiones sobre las mejores opciones terapéuticas para el mayor, sobre el proceso de prevención de síndromes geriátricos y sin su clara vocación rehabilitadora, recuperando la máxima funcionalidad posible.

No tiene sentido, por poner un ejemplo, señalar al aumento del gasto farmacéutico como una de las principales amenazas del sistema e impedir, al mismo tiempo, que los equipos geriátricos interdisciplinarios revisen, y retiren, las prescripciones inadecuadas. Tampoco tiene mucho sentido, en un escenario actual en el que la atención primaria se encuentra desbordada, no posibilitar la implicación de los geriatras como enlace en la atención a los pacientes más complejos carece de toda lógica.

4. Los programas de rehabilitación para el adulto mayor en la atención sanitaria

Tanto la prehabilitación (Kow, 2019), entendida como la mejora de las condiciones físicas y la adecuación del estado del paciente a intervenciones y tratamientos potencialmente agresivos para el adulto mayor, como la rehabilitación son elementos importantes tanto para la autonomía del paciente como para evitar costes a los sistemas públicos sanitarios y sociales. Las enfermedades más prevalentes en este grupo etario presentan un potencial daño sobre la funcionalidad y la autonomía de los pacientes. El lector puede pensar inicialmente en las secuelas funcionales ocasionadas por eventos cerebrovasculares, isquémicos o hemorrágicos, pero otros muchos procesos patológicos como los estadios avanzados de patología cardíaca, respiratoria y renal conducen a una mayor prevalencia de síndromes geriátricos y a una clara amenaza a la autonomía e independencia funcional de los pacientes mayores. Del mismo modo, la enfermedad oncológica ocurre frecuentemente en un adulto mayor frágil que, para obtener los beneficios de las distintas terapias disponibles sin presentar los posibles riesgos asociados a cirugía mayor o tratamientos con radio o quimioterapia, precisa de una prehabilitación interdisciplinar coordinada cuyo objetivo es evitar o reducir la negativa influencia de los posibles síndromes geriátricos presentes y mejorar las condiciones física y funcionales de los pacientes frágiles y prefrágiles.

Para lograr estos objetivos, **los equipos interdisciplinarios geriátricos vienen trabajando de forma coordinada en diferentes niveles asistenciales** como las unidades de ortogeriatría, oncogeriatría, unidades geriátricas de agudos o unidades de ictus.

Estos equipos están conformados por facultativos especialistas en geriatría, personal de enfermería especializado en geriatría, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas y farmacéuticos hospitalarios entre otros con la finalidad de recuperar la funcionalidad perdida durante un evento agudo como los ictus previamente mencionados o debido a la reducción paulatina y progresiva que genera el curso clínico de la fragilidad tanto en pacientes oncológicos subsidiarios de tratamiento, tras fractura de cadera o vértebra o debido a otras enfermedades agudas que provocan, o incrementan, alteraciones funcionales agravadas durante el propio ingreso hospitalario.

Por estos motivos, **el acceso a estos equipos rehabilitadores interdisciplinares** en los ámbitos previamente mencionados así como en pacientes con afecciones cardiacas (Khadanga, Savage y Ades, 2019), **debe ser accesible para todos los niveles asistenciales**, desde Atención Primaria a los hospitales de larga estancia y centros residenciales geriátricos, pasando por la atención hospitalaria al paciente agudo y en las unidades de recuperación funcional. Esto significa un cambio de paradigma en muchos ámbitos que la medicina geriátrica inició hace varias décadas. Y, de nuevo, la adecuada accesibilidad del mayor a los programas de estos equipos requiere de una inversión importante que, lejos de ser un coste, se convierte en una inversión eficiente debido a los grandes ahorros que produce en términos sanitarios y sociales.

Tanto **la fragilidad, como la discapacidad y dependencia son potencialmente prevenibles o, como mínimo, atenuables**. De ahí la importancia de los programas de prehabilitación y de rehabilitación. Mantener la máxima funcionalidad del paciente, evitando los factores negativos que pueden condicionar una menor recuperación funcional como la polifarmacia y las prescripciones inadecuadas, no solo es un objetivo legítimo por parte de cualquier ciudadano, y por lo tanto, usuario, de la sanidad pública, es también un objetivo vital del propio sistema sanitario público en términos de eficiencia y del propio mantenimiento del sistema. En esta línea, los diferentes trabajos publicados, desde ensayos clínicos a revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran las ventajas de la prehabilitación y rehabilitación en los pacientes mayores en términos de funcionalidad y calidad de vida, pero también en reducción de eventos adversos, lo que se traduce en la eficiencia previamente mencionada.

Como conclusión de este apartado podemos enfatizar la necesidad de cambiar el paradigma de la atención clínica al mayor desde el tratamiento específico de las enfermedades al mantenimiento y recuperación de la funcionalidad y la independencia, sin que ello signifique obviar el tratamiento específico de cada enfermedad presente.

5. La atención paliativa al adulto mayor en la atención sanitaria

La medicina del siglo XXI sigue sin conseguir curar las enfermedades más prevalentes en el adulto mayor, como las previamente mencionadas en los anteriores apartados de este capítulo. Sin embargo, sí puede presumir de haber alargado la expectativa de vida total, y libre de discapacidad, lo que conlleva un mayor periodo de tiempo en el que el paciente mayor se encuentra en situación de final de vida debida a diferentes patologías. En esta situación, el paciente mayor presenta un grave riesgo de presentar, como si de una puerta giratoria se tratara, frecuentes hospitalizaciones con la única finalidad de controlar transitoriamente ciertos síntomas y signos que dificultan, cuando no imposibilitan, el manejo de la enfermedad, en sus últimas etapas en el domicilio. Por ese motivo, las

unidades de cuidados paliativos son cruciales, de nuevo tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

La necesidad de hospitalización para el control de síntomas supone una seria agresión al paciente en términos de funcionalidad y comodidad que, en ocasiones, a cambio de controlar unos síntomas determinados, genera otras complicaciones o la aparición de síndromes geriátricos como las úlceras por presión.

Por ese motivo, la atención paliativa al adulto mayor debe abarcar múltiples ámbitos, desde la atención domiciliaria, a las consultas externas y a los ámbitos de las residencias geriátricas y las plantas de cuidados paliativos de hospitales de pacientes agudos y crónicos. De nuevo, **esta atención paliativa al adulto mayor debe de ser interdisciplinar con dos claras finalidades, el mantenimiento de la máxima calidad posible del paciente a través del mejor control de síntomas posibles y de la preservación de la funcionalidad, y el mantenimiento del paciente en su ámbito domiciliario siempre que sea posible.**

Es una clara tendencia actual en la medicina occidental trasladar los medios materiales y personales al domicilio del paciente evitando que sea el paciente paliativo el que inicie un incómodo peregrinaje por diferentes especialistas y unidades sin un claro objetivo consensuado. En estos momentos diferentes unidades de cuidados paliativos geriátricas españolas, basadas en los preceptos de los programas *Stay at home* (mantenerse en domicilio), proporcionan una asistencia interdisciplinar al adulto mayor en sus domicilios, aportando la valoración e intervención de distintos profesionales sanitarios dedicados al objetivo común de preservar funcionalidad y calidad de vida. Los distintos estudios publicados por estos equipos muestran una mayor supervivencia, con una mayor calidad de vida, mejor control de síntomas, reducción de hospitalizaciones, mayor satisfacción de los usuarios y menores costes para el sistema. Esta es la gran ventaja de estas unidades. El inconveniente: la escasa implantación de estas unidades en el territorio estatal, lo que dificulta, cuando no imposibilita, el acceso de muchos mayores con situación de final de vida a unas unidades que les aportan claros beneficios.

Del mismo modo, la implementación de equipos de atención paliativa con los profesionales del ámbito residencial, permite unos cuidados adecuados de los adultos mayores evitando la hiperfrecuentación, muchas veces innecesaria, de estos pacientes en los servicios de urgencias hospitalarios y de hospitalizaciones potencialmente evitables. La figura del geriatra de enlace junto a la del gestor del caso, permite un apoyo especializado, presencial o remoto, según el caso, que facilita la correcta atención al paciente sin necesidad de desplazamientos que poco aportan desde la perspectiva clínica y que generan un importante trastorno al mayor. De nuevo, estos sistemas emergentes y altamente eficientes presentan una distribución asimétrica en el territorio estatal, lo que se traduce en una clara desigualdad.

Las unidades de cuidados paliativos hospitalarias proporcionan una atención integral a los pacientes mayores que, por precisar catéteres u otras medidas invasivas por el mal control de síntomas a pesar de los tratamientos convencionales, requieren una atención hospitalaria permanente. De nuevo, la valoración integral que proporciona el geriatra dentro del equipo interdisciplinar permite el manejo eficiente de estos pacientes mayores, priorizando, a través de un plan de cuidados, el control de los síntomas clave para que el paciente preserve su máxima calidad de vida posible.

Como en apartados anteriores, **la atención geriátrica paliativa al adulto mayor está generando importantes avances que repercuten en una mayor calidad de la atención.** Sin embargo, la distribución territorial de estas unidades es escasa y asimétrica y requiere de un esfuerzo colectivo de las distintas administraciones para conseguir la completa implantación en los diferentes territorios autonómicos y evitando situaciones de inequidad del sistema.

6. Principales barreras en la atención sanitaria al adulto mayor

A lo largo del capítulo se ha ido pincelando las principales barreras a las que se enfrenta el adulto mayor en los distintos niveles asistenciales de la atención sanitaria. Probablemente el más grave, porque es a su vez el más potencialmente resoluble, es el de **la inequidad del acceso del adulto mayor a unos recursos válidos, necesarios y eficientes debido al lugar en el que reside.** Esta desigual atención no depende únicamente de los distintos territorios autonómicos sino también, dentro de ellos, encontramos un mejor, o peor, acceso en función de la residencia del paciente en el medio urbano o rural. Por eso, si de este capítulo se pudieran cimentar las bases de un acuerdo estatal que fuera equiparando la atención al mayor de forma homogénea ya sería todo un logro.

Asimismo, es necesario un cambio importante en la inercia asistencial para transformar una acción sanitaria desarrollada por profesionales que se comunican poco entre ellos hacia el **desarrollo de auténticos y eficientes equipos interdisciplinares con un plan común consensuado.** Esto requiere un esfuerzo de las administraciones autonómicas para dotar del suficiente número de geriátricos, fisioterapeutas, terapeutas ocupaciones, personal de enfermería especializado en el área geriátrica a través de las unidades docentes interdisciplinares, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Actualmente, la implantación de la atención geriátrica interdisciplinar es un reto al que debemos establecer unos plazos a corto, medio y largo plazo con un seguimiento exhaustivo del cumplimiento de los objetivos. En caso contrario, las propias barreras que ahora describimos serán los obstáculos que encontrará el sistema para mantener su propia eficiencia.

Para afrontar estas barreras y eliminarlas con éxito **hace falta un plan auditor que cuantifique la magnitud de las necesidades en cada área.** Es preciso luchar contra la segmentación sanitaria en niveles con escasa, cuando no nula interacción entre ellos, es necesario consensuar unos criterios de derivación y colaboración compartida, como los equipos de enlace para valoraciones conjuntas tanto en atención primaria como en residencias geriátricas. Además es necesario auditar permanentemente los resultados, a través de herramientas de gestión de calidad asistencial como las ruedas de Deming o espiral de mejora continua con los ciclos DAFO (debilidad, amenaza, fortaleza y oportunidad), que permite evaluar la implementación de estas unidades coordinadas afianzando las fortalezas y corrigiendo las debilidades de los resultados experimentados.

Solo de este modo podremos adecuar los recursos a las necesidades, incrementando paulatinamente los medios hasta alcanzar los estándares deseados y poder fortalecer una atención integral que incluya la promoción de la salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria. Es una ardua tarea en la que queda mucho camino por delante, pero también es un reto apasionante el cual, mirando con perspectiva hacia atrás, sin caer en la autocomplacencia, ha mostrado ya importantes logros que deben de ser trasladados

a la práctica totalidad de los adultos mayores. De nuevo, es un reto apasionante en el que gerontólogos y geriatras debemos ir unidos para alcanzar su consecución.

En definitiva, la importancia de identificar las barreras va más allá de una queja aislada, es una necesidad perentoria para auditar las carencias de un sistema que requiere urgentemente adaptarse a esta nueva realidad que ya provoca las primeras roturas de algunos diques de contención considerados infranqueables hasta antes de la pandemia de COVID-19. Solo así podremos enunciar las necesidades y establecer un plan de acción a corto, medio y largo plazo para fortalecer tanto la atención al mayor como la propia perdurabilidad del sistema sanitario.

Ideas básicas del Capítulo V

- A lo largo del capítulo hemos podido destacar una medicina geriátrica en amplia expansión para ofertar al paciente mayor una atención sanitaria de calidad en los distintos niveles sanitarios.
- Esta atención sanitaria se encuentra respaldada, y avalada, por importantes publicaciones científicas en forma de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Asimismo, esta atención presenta importantes datos respecto a la eficiencia de esta práctica clínica especializada en el adulto mayor. Sin embargo, encontramos barreras importantes en la implementación de esos servicios y unidades basadas en el edadismo, en la inequidad de la atención dentro del territorio estatal e incluso dentro de los propios territorios autonómicos.
- Procurar la mejor calidad de vida posible al mayor es el objetivo principal pero para ellos las administraciones no deben ser el obstáculo, o la barrera, sino un aliado que contribuya a la mejor atención al mayor, la cual, a su vez, redundará positivamente en un ahorro eficiente para los sistemas sanitarios públicos.
- Esta mejora de la atención no será nunca posible sin conseguir una clara mejora de la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y de la adecuada coordinación y comunicación entre administraciones para mejorar la atención a los adultos mayores de forma equitativa y simétrica.

Capítulo VI

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA PERSONA MAYOR: IDENTIFICACIÓN, IMPACTO Y ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

José Augusto García Navarro

Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

1. Introducción

2. La pobreza

3. El género

4. La vivienda

4.1. La vivienda como elemento de salud

4.2. La vivienda para afrontar los Cuidados de Larga Duración

5. La soledad no deseada

6. El abuso del alcohol

6.1. Causas

6.2. Consecuencias

7. El abuso de psicofármacos

8. El cuidador

9. Estrategias para implementar políticas efectivas

El estado de salud de las personas mayores está claramente influenciado por la presencia de enfermedades, normalmente enfermedades crónicas asociadas al proceso de envejecimiento, como son las enfermedades vasculares, neurodegenerativas o el cáncer. En muchos casos estas enfermedades van acompañadas de la presencia de discapacidad lo que hace necesaria la ayuda de otras personas para poder mantener una vida digna y socialmente activa.

Esta asociación enfermedad/dependencia, tan frecuente en personas mayores, está claramente influenciada en su aparición, en su evolución y en el impacto final que ejerce en la autopercepción de salud y calidad de vida por la existencia de otros factores clásicamente considerados sociales que son los determinantes sociales de la salud.

Estos determinantes sociales no son meros acompañantes del proceso de enfermedad y calidad de vida de las personas mayores, sino que influyen de forma directa incrementando o disminuyendo el impacto de la enfermedad y la dependencia en las personas y, como tal, deben ser considerados y gestionados en el proceso de atención a las personas mayores. Entre ellos destacan, por su impacto y frecuencia, la pobreza, el género, la vivienda, la soledad no deseada, el abuso del alcohol, el abuso de psicofármacos y la presencia de cuidadores cercanos y preparados cuando aparece la dependencia. La consideración de estos factores y su manejo por parte de los profesionales en su práctica diaria, y de las administraciones sanitarias y sociales en sus políticas, debe pasar a ser un elemento más de buen trato a las personas mayores.

1. Introducción

La OMS define los condicionantes sociales de la salud como las circunstancias y condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan, tiene relaciones sociales, envejecen y, finalmente, mueren; y que tienen influencia en la salud.

Los determinantes sociales de la salud incluyen los ingresos económicos, el soporte social, el desarrollo durante la infancia, la educación, el empleo, la vivienda y el género.

Ciertos subgrupos de la población, especialmente aquellos que están menos empoderados y que tienen un estatus socioeconómico menor tienden a vivir y trabajar en ambientes más degradados y también tienen una mayor exposición a ciertos factores de riesgo de enfermedad y a impactos psicológicos para la aparición de estrés crónico. En consecuencia, tienen peor salud y vidas más cortas.

A pesar de que la medicina continúa operando bajo el paradigma del “factor de riesgo”, centrado en la modificación de comportamientos en grupos de alto riesgo como la principal estrategia para prevenir la enfermedad (por ejemplo, abandono del hábito tabáquico, disminución de la toma de sal y grasas, etc.), esta estrategia no es válida cuando los factores de riesgo no dependen de la voluntad individual, sino de la existencia de entornos de soporte que en muchos casos vienen dados.

La creación de entornos donde las personas puedan elegir las mejores opciones (por ejemplo, tiendas que favorezcan la alimentación saludable y no la comida basura) y de ambientes cercanos que detecten y apoyen a las personas más desfavorecidas (por ejemplo, voluntariado para detectar y dar apoyo a personas mayores solas) es básico para el desarrollo de una vida más saludable y para el mantenimiento de la salud.

En este capítulo se prestará especial atención a los determinantes sociales de la salud que tienen un mayor impacto en las personas mayores (Pérez y otros, 2022). Esto es de vital importancia en sociedades longevas, como los países de la UE.

Distinguiremos principalmente los que tienen un mayor impacto en la salud de las personas mayores: la soledad no deseada, la pobreza, el alcoholismo, el consumo de psicofármacos, el género y la vivienda. Además, se ha considerado al cuidador de las personas con dependencia como un determinante más, dada su influencia directa en la salud y calidad de vida de las personas mayores.

2. La pobreza

La estabilidad económica se refiere a los recursos financieros que una persona dispone y que son especialmente básicos para la adquisición de comida y para el acceso a una vivienda digna. La investigación indica la fuerte relación existente entre la pobreza y una pobre salud, con los adultos mayores pobres con hasta cinco veces más posibilidades de tener peor salud (y tener la autopercepción) que los que están situados entre los más ricos.

Es este sentido, cobra especial importancia el mantenimiento de dos parámetros en los adultos mayores de los países europeos:

- El acceso a unas pensiones dignas (especialmente el mantenimiento de las más bajas para tener acceso a una vivienda y alimentación adecuadas) (Yu y otros, 2017). Es este

un debate central y relevante en la mayoría de las opciones políticas de los países con un alto grado de envejecimiento poblacional, mostrando sensibilidad (como es lógico) a un sector de población creciente en nuestras sociedades. Pero más allá del debate político o económico, que intenta simplificar las fórmulas de acceso y actualización a las pensiones, **se debe mantener la vigilancia para que las pensiones más bajas garanticen la calidad de vida y servicios básicos de los que las perciben.** Las pensiones son un elemento central en la calidad de vida, el acceso a servicios asistenciales, el mantenimiento de la vivienda, la socialización y la dignidad de las personas mayores.

- En aquellas personas que puedan mantener la actividad laboral en edades por encima de la jubilación, **el acceso al trabajo es también un elemento fundamental.** Permite mantener un poder adquisitivo más alto (que repercutirá en mayor consumo y mayor generación de impuestos para beneficio de toda la sociedad), mayor autoestima de las personas que puedan y quieran acceder a él (en lugar de verse relegadas a ser ciudadanos pasivos) y mayor salud (el ejercicio físico y la interacción social son, junto con la dieta, los pilares de un envejecimiento saludable y están claramente favorecidos por el trabajo). No hay que olvidar, además, que trabajar (a tiempo total o parcial) permite a las personas mayores tener mayores ingresos económicos individuales y hacer sostenible el sistema para las personas que no pueden realizarlo, por lo que se puede considerar un ejercicio de corresponsabilidad.

3. El género

La OMS considera el género como un importante determinante social de la salud en todos los grupos de edad. Las diferencias en morbilidad y mortalidad han sido ampliamente estudiadas y las mujeres tienen de 4 a 5 años más de esperanza de vida (con una tendencia a disminuir esta diferencia entre mujeres y hombres en los estudios realizados en los últimos años). La autopercepción de salud es similar en hombres y mujeres de edad avanzada, pero la discapacidad objetiva es mayor en mujeres.

Se han estudiado mucho las diferencias entre hombres y mujeres en el sistema sanitario en general (sobre todo en el acceso a determinados tratamientos e investigaciones), pero muy poco en las diferencias de género en el acceso a los cuidados geriátricos en particular. También se ha prestado poca atención a la diferencia en la aparición de enfermedades entre las mujeres y los hombres de más edad.

Recientemente estamos comenzando a conocer estas diferencias, entre las que destacan las siguientes:

- **Fragilidad:** las mujeres mayores tienen mayor fragilidad que los hombres (Gordon y otros, 2017). Esta diferencia ha sido atribuida a diferentes factores: mayor incidencia de enfermedades letales en el hombre, más enfermedades crónicas en la mujer, y mayor acumulación de grasa abdominal en las mujeres (que conduce a inflamación crónica y, por lo tanto, a un envejecimiento acelerado). Además, influye de forma decisiva el hecho de que las mujeres comunican menos y peor su percepción de un mal estado de salud, lo que conduce al descubrimiento más tardío y a un tratamiento menos intenso de las enfermedades.
- **Salud física:** las enfermedades vasculares (cardiopatía isquémica, ictus o enfermedad arterial) son frecuentes en ambos sexos, con mayor prevalencia en

los hombres. El cáncer es muy frecuente en ambos, con diferente distribución por tipos (pulmón, próstata, colorrectal en hombres; y mama, colorrectal y pulmón en mujeres, por frecuencia) (WHO, 2015).

- **Salud mental:** La depresión y la ansiedad son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero esta diferencia por géneros va disminuyendo con la edad. La diferencia en depresión puede ser debida a factores sociales y culturales (Kiely, Brady y Byles, 2019).
- **Suicidio:** los patrones de suicidio en las personas mayores son similares a los de personas más jóvenes, con una mayor mortalidad por suicidio en hombres y mayor número de intentos de suicidio en mujeres. Las mujeres solteras, divorciadas y viudas tienen mayor riesgo de completar el suicidio. El duelo tiene una influencia directa en el suicidio, siendo los hombres los que presentan mayor tasa en estas circunstancias (Méndez Bustos, 2013).
- **Demencia:** la demencia es más prevalente en mujeres que en hombres, pero las tasas de incidencia son similares (lo que señala claramente una mayor mortalidad de los hombres con demencia). Algunos factores de riesgo de demencia como fumar, la existencia de diabetes o de hipertensión son más frecuentes en los hombres, por lo que la demencia vascular tiene mayor incidencia en hombres.
- **Salud sexual:** en general, hay un declive en la actividad sexual con el paso de los años en ambos sexos, pero, en general, los hombres mantienen un mayor interés que las mujeres por la actividad sexual. La disfunción eréctil es el principal determinante de una baja actividad sexual en los hombres, mientras que las mujeres se ven afectadas por disminución o pérdida del deseo sexual. En cualquier caso, la actividad sexual debe considerarse en la valoración global de las personas mayores y tratar la presencia de disfunciones, pues influye de forma clara en la sensación de calidad de vida y percepción de salud.
- **Maltrato:** el maltrato es un acto único o repetido, o la falta de una acción necesaria, que ocurre en el seno de una relación donde debería haber confianza, y que causa daño o estrés a una persona mayor. Puede adoptar diferentes tipologías como abuso físico, psicológico, financiero, sexual o emocional y ser intencionado o no intencionado. El maltrato a las personas mayores es un problema muy importante de salud pública, con una prevalencia de casi el 16% en personas de más de 60 años (al menos un 16% de las personas de más de 60 años han sufrido, al menos, un episodio de maltrato en el último año). Los datos de que se disponen, aunque aún son limitados, indican un riesgo similar para los hombres y para las mujeres, pero existen algunas culturas donde las mujeres tienen un mayor riesgo de negligencia y abuso financiero (WHO, 2021).
- **Cuidados de larga duración:** dado que las mujeres tienen una mayor expectativa de vida, existe una mayor proporción de mujeres que viven solas en comparación con los hombres y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de ser cuidadas por familiares y mayor probabilidad de acceder a cuidados formales, especialmente a residencias de mayores. Por esta razón se están potenciando las políticas de género en los cuidados de larga duración (CLD), tanto domiciliarios como los más intensivos en residencias de mayores, para evitar barreras de acceso para

las mujeres. La infrafinanciación y peor calidad de atención en los CLD afectan claramente a las mujeres, por esta en el balance cuidados informales/cuidados formales entre hombres y mujeres (UN Women-Headquarters, 2017).

Otros factores socioeconómicos con diferencias de género: las personas mayores suelen ser menos demandantes de servicios sanitarios que otros grupos de edad (en contra de lo que pudiera parecer). Las mujeres mayores suelen reportar peor autopercepción de salud y tienen más necesidades no cubiertas que los hombres. Y a esto se suma que el acceso a los servicios sanitarios es peor en las mujeres; por ejemplo las mujeres con enfermedades cardiovasculares tienen menos probabilidad de acceso al médico, menos acceso a pruebas diagnósticas y a tratamientos y están menos representadas en los estudios de investigación (Dey, Nambiar y Lakshmi, 2012).

Además, las mujeres tienen más probabilidad de realizar trabajo no remunerado, tener pensiones más bajas y menor soporte económico que los hombres. La pobreza afecta más a la viudas, lo que incrementa su vulnerabilidad a problemas de salud. Además, esta diferencia económica también afecta al acceso a cuidadores de personas con dependencia, lo que puede resultar en un mal cuidado a domicilio o la necesidad de acceso a una residencia de mayores como única forma de proveer el cuidado (UN Women Coordination Division, 2012).

4. La vivienda

4.1. La vivienda como elemento de salud

La vivienda es cada vez más importante para la salud debido a los cambios climáticos y demográficos. La población de más edad está creciendo en todos los países desarrollados y en vías de desarrollo y este grupo de edad pasa más tiempo en casa. Además, el cambio climático que se está sufriendo en el mundo incrementa la importancia de la vivienda como elemento protector del frío, calor y otros eventos climáticos extremos para construir comunidades resilientes (Forchuk y otros, 2016).

Las viviendas con déficits estructurales incrementan la probabilidad de que las personas puedan sufrir caídas, incrementándose el riesgo de lesiones, estrés y aislamiento. Cuando la vivienda no es en propiedad y existe riesgo de perderla se incrementa el estrés.

Las casas que son difíciles o caras de calentar contribuyen a una peor salud respiratoria y cardiovascular, mientras que aquellas sometidas a mucho calor incrementan el riesgo de enfermedades relacionadas con el calor y la mortalidad cardiovascular.

La contaminación del aire dentro de la vivienda (muchas veces relacionada con la contaminación del barrio y la comunidad donde se ubica) se relaciona con muchas enfermedades respiratorias y dispara las reacciones alérgicas e irritantes, como el asma.

Las viviendas hiper pobladas incrementan el riesgo de enfermedades infecciosas. También la falta de agua corriente bien sanitarizada o la ausencia de baños y aseos sanitarios afecta directamente a la seguridad alimentaria y a la higiene personal y, por lo tanto, conduce directamente al desarrollo de enfermedades infectocontagiosas (McNamara y otros, 2017).

Las pobres condiciones de vivienda son uno de los mecanismos a través de los que las inequidades sociales y ambientales se transforman en inequidades de salud, lo que a la larga afecta a la calidad de vida y el bienestar.

Tabla 2.- Recomendaciones básicas de la OMS en relación con el impacto de la vivienda en la salud (WHO, 2015)

Tema	Recomendación	Fortaleza de recomendación
Vivienda hiper poblada	Se deben desarrollar políticas y estrategias para prevenir y reducir la hiper población	Fuerte
Frío	La temperatura debe ser la mínima necesaria para prevenir los efectos del frío en la salud. Para los países fríos se propone una temperatura de 18 grados para proteger a las personas susceptibles en las épocas frías	Fuerte
Calor	Se deben desarrollar políticas y estrategias para prevenir la exposición al calor en población susceptible en las épocas de mayor temperatura	Condicionada a población más vulnerable
Seguridad y lesiones	Las casas se deben equipar con dispositivos de seguridad (como detector de humos, barreras en las ventanas, pasamanos en las escaleras, etc.) y otras medidas que reduzcan los riesgos de lesiones no intencionadas	Fuerte
Accesibilidad	Dada la actual prevalencia de población con dificultades funcionales y discapacidad y teniendo también en cuenta el progresivo envejecimiento de la población en todos los países, las viviendas deben ser accesibles a las personas con déficits funcionales	Fuerte

4.2. La vivienda para afrontar los Cuidados de Larga Duración

Las personas mayores con discapacidad quieren vivir, en la medida de lo posible y durante el máximo tiempo posible, en su propio domicilio. Esto requiere de la puesta en marcha y desarrollo de medidas de soporte y nuevas soluciones de vivienda.

Por un lado, **se deben desarrollar servicios que permitan que las personas con discapacidad mayores puedan seguir viviendo en su domicilio**, tales como servicios de ayuda a domicilio para ayudarles en las tareas domésticas o en las actividades de la vida diaria (AVD), como el aseo, vestido, movilidad, etc.

Por otro lado, antes de que se requieran necesidades de supervisión y cuidado permanente como el que proporcionan las residencias de mayores, también se debería poder tener acceso a viviendas asistidas que permitan soportes personalizados a las AVD antes del ingreso definitivo en residencias.

Es necesario el impulso decidido a este tipo de viviendas en el contexto actual de envejecimiento social, que comportará un mayor número de personas con discapacidad y edad avanzada (además de múltiples enfermedades crónicas) en nuestra sociedad

teniendo en cuenta que estas personas quieren seguir viviendo en su domicilio el mayor tiempo posible.

El nuevo modelo de cuidados de larga duración necesita la priorización de políticas y la implementación de servicios en el domicilio de las personas mayores con dependencia para permitir su permanencia en domicilio el mayor tiempo posible y con la mayor calidad de vida. Además, la implementación de soluciones de vivienda que hagan posible vivir **en entornos hogareños** (viviendas comunes con servicios, viviendas asistidas o con servicios, etc.) **que retrasen la necesidad de ir a vivir a una residencia de mayores**. Y, por último, se necesita una transformación radical de las residencias de mayores, desde un modelo muy hospitalario y deshumanizador a un modelo que simule entornos hogareños, con habitaciones individuales que preserven la intimidad, unidades de convivencia que permitan el contacto en grupos reducidos con otros residentes, abiertos a la comunidad y barrio donde se ubiquen y con capacidad de elección de los apoyos que se reciban en cada momento (Spasova, 2018).

5. La soledad no deseada

La soledad no deseada se ha convertido en el principal determinante social de la salud en las personas mayores en los últimos años (Prohaska, 2020), hasta el punto de que ha sido considerada como uno de los principales elementos de salud de mayor impacto en personas mayores por la OMS en un reciente informe del año 2021.

En la literatura se distingue entre la soledad, como elemento subjetivo (sentirse solo) y el aislamiento social (tener menos contactos sociales de los esperados o no tener ninguno).

Tanto la soledad como el aislamiento social afectan de forma importante a las personas mayores (pero no solo a las personas mayores, siendo en algunos estudios más importante su impacto en personas jóvenes). A medida que envejecemos tenemos más probabilidad de perder a la pareja, a los amigos y limitar nuestra actividad social por el impacto de enfermedades o dependencia y todos estos factores contribuyen de forma decisiva a tener mayor probabilidad de aislamiento social y soledad (Ong AD, 2016).

Se puede resumir su importancia si tenemos en cuenta **sus impactos**, que son:

- **Mayor mortalidad:** las personas con aislamiento social y soledad no deseada tienen hasta un 30% más de mortalidad prematura que las que no la tienen. Este importante efecto hace recomendable que se investigue su existencia como un factor de riesgo más, junto con otros factores de riesgo clásicos como el tabaquismo, el alcohol o el sedentarismo (Holt-Lunstad, 2015).
- Impacto directo en la aparición y mal control de muchas **enfermedades crónicas** que afectan a las personas mayores, como son (VVAA, 2020):
 - Cardiopatía isquémica: existe una mayor presencia de cardiopatía isquémica en las personas con soledad no deseada o aislamiento social.
 - Ictus; de igual manera, en este grupo de personas, es mayor la presencia de ictus (accidentes cerebrovasculares).
 - Diabetes: aparición más temprana y peor control de la diabetes en este grupo poblacional.

- Factores de riesgo cardiovascular: los factores de riesgo cardiovascular son mayores en estas personas (hipertensión arterial, tabaquismo y sedentarismo).
- Demencia: las personas con soledad no deseada y aislamiento social sufren antes la aparición de síntomas de demencia (aquellas que están afectadas por la enfermedad) y, en las personas con demencia, el rendimiento cognitivo es peor.
- Depresión: existe una clara tendencia a sufrir más depresión en las personas con soledad no deseada y aislamiento social.
- Malos hábitos: mayor presencia de sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo, consumo de drogas.
- Suicidio: claramente mayor en estas personas.

Estas personas, además, tienen peor capacidad intrínseca física y cognitiva y presentan mayor fragilidad que las personas que no experimentan soledad. Esto las hace más vulnerables a los efectos de otras enfermedades.

Todo lo anterior hace que estas personas consuman un mayor número de recursos sanitarios y sociales, con el consiguiente impacto económico en todos los países.

En un reciente estudio realizado en España, se ha señalado que los costes de la soledad no deseada ascendieron, en el año 2021, al 1,17% del producto interior bruto, es decir, 14.141 millones de euros. Este coste equivaldría a la suma de los costes directos por mayor utilización de servicios sanitarios y a los costes por pérdidas de producción (Casal, 2023).

6. El abuso del alcohol

El alcoholismo en la tercera edad es una realidad y los alcohólicos de edad avanzada son un grupo muy vulnerable (Menninger, 2022). Pueden iniciarse en el consumo de alcohol en esta etapa de la vida, o simplemente mantener una dosis que antes toleraban y ahora les supone un problema, al ser metabolizado el alcohol más lentamente en las personas mayores.

Esto significa que el alcohol permanece más tiempo en el organismo y aumenta su potencial nocivo. Con los años crece la sensibilidad al alcohol y disminuye la tolerancia: una dosis que antes el organismo podía tolerar bien, con la edad puede ser un problema. El riesgo de caídas y accidentes se incrementa, además, con la edad.

6.1. Causas

Son muchas las causas que provocan la aparición del alcoholismo en personas mayores. Algunos de los factores relacionados con el alcoholismo en personas mayores son:

- La aparición de soledad.
- La jubilación y la aparición de tiempo libre. Cuando se deja de trabajar, las personas mayores buscan ocupar el tiempo en otras actividades. Mientras que hay personas que adoptan una vida saludable otras recurren al alcohol como principal fuente de ocio.

- Para paliar dolores, relacionados con enfermedades crónicas. El dolor constante y mal tratado puede conducir al consumo excesivo de alcohol.
- Consumo previo de alcohol en la vida adulta, que se mantiene con posterioridad.

6.2. Consecuencias

- **Consecuencias en la salud:** quienes sufren de alcoholismo tienen una mayor posibilidad de padecer problemas de salud. Estos pueden ser enfermedades o accidentes causados por el estado de desinhibición del alcohol. Las consecuencias más comunes son:
 - Caídas: el alcohol causa una pérdida de la capacidad del equilibrio, menor destreza de coordinación motora, y por lo tanto aumenta las caídas
 - Accidentes de tráfico: por deterioro de la atención y de la respuesta motora
 - Hipertensión arterial
 - Gastritis
 - Hepatitis y cirrosis hepática
 - Determinados tipos de cáncer
 - Demencia
 - Anorexia
 - Fibrilación auricular
- **Consecuencias sociales:** el alcoholismo en personas mayores puede desembocar en el cambio de la conducta del individuo. El alcohol nos desinhibe de la realidad, provocando problemas y desencuentros en nuestros círculos sociales. Parejas sentimentales, familiares, amigos y demás personas tienden a alejarse por culpa del alcoholismo. El abuso del alcohol en las personas mayores precisa el manejo terapéutico adecuado por especialistas en desintoxicación alcohólica e incluye manejo de fármacos, de soporte emocional, de soporte social y, en muchos casos, de intervención familiar.

7. El abuso de psicofármacos

La prevalencia del uso de psicofármacos es muy alta en las personas mayores. Es un hecho común en todos los países occidentales el incremento de la prescripción de psicofármacos a medida que se incrementa la edad y, en general, la mitad del consumo de este tipo de fármacos se acumula en las personas mayores (Gulla, 2016).

En muchos estudios se señala que uno de cada cuatro personas mayores de 65 años consume psicofármacos (hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos o antipsicóticos) con un potencial de riesgo elevado de abuso y dependencia (por ejemplo, con las benzodiacepinas).

Tanto en las personas mayores que viven en la comunidad como en las que viven en residencias de mayores, el uso de psicofármacos es mayor en aquellas que tienen demencia. Los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) de la demencia están claramente asociados con

un mayor consumo de psicofármacos, especialmente de antipsicóticos, y muchas veces se usan como primera opción, sin dar la oportunidad a otras terapias no farmacológicas, que deberían ser siempre la primera opción (Helvik, 2017).

Los antipsicóticos son frecuentemente usados para tratar la agitación en personas mayores con demencia (algunos estudios señalan un uso de hasta el 40% en estos casos). Pero no existe una clara evidencia de la efectividad del uso de antipsicóticos a largo plazo para el manejo de los SNP en las personas con demencia; y, en cambio, sí que pueden suponer un claro riesgo de efectos adversos como mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares, de caídas o de mortalidad. Y aunque los antipsicóticos atípicos (más modernos y con menos efectos secundarios) tienen menos efectos extrapiramidales que los antipsicóticos tradicionales, están asociados claramente a un mayor riesgo de fractura de cadera o de mortalidad en personas con demencia (Stock, 2017).

Los antidepresivos y las benzodiacepinas también pueden causar efectos secundarios graves tanto a corto como a largo plazo como, por ejemplo, un mayor riesgo de caídas.

Se sabe que la prevalencia del uso de psicofármacos es muy alta en las residencias de mayores y, también, en las personas mayores que viven en domicilio (sobre todo aquellas con demencia y presencia de SNP).

También sabemos que los principales inductores de ingreso en una residencia de mayores son el empeoramiento funcional, el deterioro cognitivo y la edad avanzada. Además, sabemos que existe una alta prevalencia de uso de psicofármacos en las personas que viven en residencias de mayores y que, en comparación con el consumo previo en domicilio, su uso se incrementa justo al ser ingresado en la residencia (Maguire, 2013).

En las personas que viven en la comunidad, el uso también es muy elevado tanto en las personas sin demencia (especialmente hipnóticos y ansiolíticos) como en las personas con demencia (antipsicóticos).

8. El cuidador

El papel del cuidador es clave en todas las políticas de atención a las personas mayores con dependencia. Además, en estos momentos, constituye una prioridad en las políticas de todos los países para garantizar unos cuidados dignos y adecuados. La diversidad de facetas que ofrece el tema y la importancia de este necesitarían una extensión muy superior a un capítulo de un libro y, desde luego, a unos párrafos.

Se pretende aquí, con estas breves líneas, concienciar sobre la importancia del cuidador como un elemento más del entorno que tiene un impacto directo en las personas mayores con dependencia.

Las personas mayores con dependencia son cada vez más numerosas en nuestra sociedad, debido al impacto de la enfermedad y del envejecimiento. Un amplio número de estas personas mayores reciben cuidados de cuidadores no profesionales, que suelen ser sus familias.

Existe un claro sesgo de género en estos cuidadores, pues suelen ser en la mayoría de los casos la esposa o la hija de la persona cuidada.

El cuidado de la salud de las personas cuidadoras es crucial para el mantenimiento del cuidado de las personas con dependencia. La evidencia demuestra que los cuidadores experimentan una mala salud mental, incluyendo ansiedad y depresión, sobrecarga del cuidador, estrés y una pobre calidad de vida (Hannum, 2007).

Además, los cuidadores también experimentan una peor salud física, con la aparición de enfermedades de forma precoz, especialmente las enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, peor rendimiento cognitivo y funcional e insomnio.

Los cuidadores más jóvenes y aquellos que tienen peor soporte social y financiero pueden experimentar mayor “sobrecarga del cuidador” cuando cuidan a personas mayores.

Los cuidadores de mayor edad y los que viven en las zonas más pobres suelen ser los que proporcionan mayor tiempo de cuidado (en término de número de horas al día), y esto les pone en una situación de mayor riesgo de peor salud y de no acceder (o retrasar) el acceso a los controles de sus propias enfermedades.

9. Estrategias para implementar políticas efectivas

Todas las acciones dirigidas a la detección, priorización y lucha contra los determinantes sociales de la salud que impactan especialmente en las personas mayores deberían enmarcarse dentro de los principios de la década de envejecimiento saludable de las Naciones Unidas. Entre los principios marcados para las políticas a desarrollar destaca la existencia de una visión positiva del envejecimiento y la lucha contra el edadismo, como principio básico del resto de acciones y políticas (WHO, 2021).

Las estrategias para implementar políticas activas se pueden resumir en:

- Conocimiento de los determinantes sociales que impactan en la salud de las personas mayores, a través de la educación al personal sanitario y de servicios sociales que habitualmente trabaja con personas mayores.
- Detección de los determinantes sociales e introducción de los mismos en el día a día de la actividad de dichos profesionales. Es importante que la detección y manejo se pueda realizar tanto en los servicios sanitarios como en los servicios sociales y, siempre que sea posible, de forma conjunta. Un determinante social no puede ser considerado nunca de forma exclusiva como un “problema sanitario” o un “problema social”, sino como circunstancias que afectan a las personas y que pueden y deben ser manejadas como cualquier problema clínico o situación social.
- Manejo de la situación activando tanto recursos sanitarios, como recursos sociales. En muchos casos es necesario activar, además, recursos comunitarios no especializados (voluntarios, redes de apoyo, familia, amigos, nuevas tecnologías, etc.), como los programas que se están desarrollando de soledad no deseada en muchas de nuestras ciudades (Hoang, 2022). Esta visión amplia, que supera claramente a los servicios sanitarios o sociales clásicos e incluye a la comunidad y sus diversos recursos es la mejor vía de abordaje de problemas tan complejos como la pobreza, la soledad o la discriminación por razón de género.

- Concienciación de la sociedad de que los determinantes sociales de la salud existen y tienen un altísimo impacto en la calidad de vida, en el mal uso de servicios sanitarios y sociales, en la aparición y mal control de enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores y en la mortalidad. Es necesario, por lo tanto, trascender la educación especializada dirigida únicamente a profesionales e incluir educación y concienciación a toda la sociedad. Para ello se debería educar e informar de la existencia de estos determinantes a niños y adolescentes en su educación y concienciar a la sociedad en general a través de campañas de difusión del problema.
- Inclusión de los programas de detección y lucha contra los determinantes sociales de la salud en todos los programas de envejecimiento activo desarrollados por las administraciones. Por su proximidad a las personas y por su capacidad para movilizar múltiples y variados recursos comunitarios es muy importante la participación de los municipios y barrios en el desarrollo de estos programas.

Ideas básicas del Capítulo VI

- Los factores económicos, sociales y comportamentales que impactan en la salud constituyen una preocupación para los planificadores sanitarios y sociales, pero ni existen recomendaciones prácticas para su implantación, ni señalan el gran impacto que ejercen en la salud y el bienestar de las personas mayores.
- La crisis económica sufrida en Europa en los últimos años, agravada por el impacto de la epidemia de coronavirus, han incrementado la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios. Y esta inequidad es especialmente grave en las personas mayores, especialmente en las que sufren discapacidad.
- Entre los principales factores sociales que influyen en la salud de las personas mayores en Europa se sitúan: la pobreza, el género, la vivienda, la soledad no deseada, el abuso de alcohol, el abuso de psicofármacos y el papel del cuidador.
- El abordaje de estos problemas exige una visión transversal, pues no se pueden abordar desde una única óptica sanitaria o social. A la visión clásica de servicios sanitarios o sociales se debe incorporar una visión comunitaria, con la participación de diversos recursos, como el voluntariado, las redes de apoyo, la participación de la familia, etc. Esto los hace especialmente complejos a la hora de implementar políticas efectivas.

Capítulo VII

DISCRIMACION, SALUD MENTAL Y PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS EN LAS PERSONAS MAYORES

Andrés Losada Baltar

Vicepresidente de Gerontología de la Sociedad Española de Geriatria
y Gerontología. Catedrático de Psicología,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos

María Márquez González

Socia de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
Profesora Titular, Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Madrid

1. Introducción

2. La salud mental en la vejez: limitaciones y desafíos de los estudios epidemiológicos

- 2.1. Diferencias en la manifestación de los problemas de salud mental en la vejez y falta de instrumentos y criterios diagnósticos adaptados
- 2.2. La influencia de los estereotipos y autoestereotipos en la atención a la salud mental: normalizar lo que no es normal es también discriminar
- 2.3. Necesidad de formación: problemas asociados a la falta de conocimientos y formación específica para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en la vejez

3. Edadismo en estructuras sanitarias y profesionales de la salud mental: impacto en el tratamiento a personas mayores con problemas de salud mental

- 3.1. La importancia del lenguaje
- 3.2. Procesos discriminatorios a personas con demencia y en contextos residenciales

4. Pautas básicas contra la discriminación de las personas mayores con problemas de salud mental

Este capítulo versa sobre el edadismo (y autoedadismo) como fuente de procesos discriminatorios de las personas mayores en contexto de la salud mental. Se analiza cómo procesos discriminatorios asociados al edadismo tienen un efecto significativo y negativo sobre la salud mental de las personas mayores. El edadismo influye en procesos de evaluación, facilitando el infradiagnóstico de problemas mentales en las personas mayores, su escasa representatividad en los estudios epidemiológicos y de tratamiento, y “la normalización”, atribuyéndola a la edad, de síntomas y conductas clínicamente relevantes y tratables. Se analiza con relación entre el edadismo y tendencia a prescribir tratamientos farmacológicos como primera línea de actuación ante problemas psicológicos, en detrimento de tratamientos psicológicos que han demostrado su eficacia (terapia cognitivo conductual). Esta tendencia ha generado una situación dramática por la cantidad de personas mayores que se encuentran sobremedicadas (polifarmacia), sufriendo los graves efectos adversos de los fármacos, y con patrones de consumo crónico al no revisarse la pauta farmacológica y no existir apenas deprescripción. Se revisan también las prácticas discriminatorias en contextos institucionales de larga duración, planteando la necesidad de un cambio radical en nuestra concepción de las residencias y de la implementación progresiva del modelo de atención centrada en la persona como marco necesario para salvaguardar los derechos y garantizar la calidad de vida y dignidad de las personas mayores que viven en centros de cuidados de larga duración.

1. Introducción

El concepto de edadismo resulta central a la hora de analizar y comprender los procesos de discriminación por edad a los que se enfrentan las personas mayores. En realidad, el edadismo, entendido como creencias estereotipadas y prejuicios que favorecen una conducta o trato inapropiado (maltrato o negligencia) hacia las personas por su edad, está presente en múltiples sistemas humanos. Se encuentran abundantes manifestaciones edadistas en la sociedad en su conjunto, medios de masas, instituciones públicas, legisladores, etc. Está también presente en las personas con las que interactúan las personas mayores en su día a día, así como en ellas mismas, en forma de autopercepciones negativas del envejecimiento o autoedadismo. De hecho, las personas mayores son uno de los grupos a los que el edadismo afecta en mayor medida.

Los procesos discriminatorios asociados al edadismo también se producen en el ámbito de la salud mental y los distintos contextos relacionados con esta. **Parece fuera de toda duda la existencia de una relación clara entre edadismo y salud mental en todas las partes del mundo** (Chang, Kannoth, Levy, Wang, Lee, y Levy, 2020). Sufrir un trato edadista (por ej., “me trataron con menos dignidad y respeto por mi edad”) se asocia con mayor depresión, ansiedad y estrés, y menos salud mental positiva (Feinstein, Katz, Benjamin, Macaulay, Dyar, and Morgan, 2023; Lyons, Alba, Heywood, Fileborn, Minichiello, et al., 2018). Esta relación se confirma en estudios longitudinales que muestran que ser discriminado incrementa las autopercepciones negativas sobre el envejecimiento, incrementando los problemas de salud mental (Han y Richardson, 2014). Esta circunstancia puede contribuir a que, a partir de un cierto momento, muchas personas mayores experimentan un doble estigma, asociado a ser mayor, por un lado, y a tener problemas de salud mental, por otro. Además, otros factores como ser mujer, tener limitaciones funcionales o cognitivas, o ser de una raza u orientación sexual minoritaria pueden suponer factores adicionales de riesgo a experimentar estigma. Como puede verse, los estigmas experimentados pueden ser incluso más de 3 en muchos casos.

En consistencia con estas ideas, el informe de la OMS sobre edadismo (Organización Mundial de la Salud, 2021) aporta una revisión de los estudios científicos en esta área, concluyendo que el **96% (42/44) de los estudios en los que se examinó la relación entre el edadismo y la salud mental aportan evidencia de que el edadismo influye en los trastornos psiquiátricos**, como la depresión (su aparición, mantenimiento e intensificación con el tiempo). Además, el informe plantea que de los estudios también puede deducirse que **el edadismo acelera el deterioro cognitivo**. Uno de estos estudios se realizó en Alemania y llevó a cabo un seguimiento de 8.000 personas durante varios años, encontrando que las autopercepciones negativas del envejecimiento aceleraban el deterioro cognitivo medido por la velocidad de procesamiento cognitivo, mientras que la autopercepción positiva lo retardaba (Seidler y Wolff, 2017). Varios metaanálisis (Lamont et al., 2015; Meisner, 2012) confirman esta relación, que ha sido explicada desde el marco del fenómeno conocido como “amenaza de estereotipo”, según el cual, cuando las personas mayores se ven expuestas a estereotipos negativos (tanto si son conscientes de ello como si no), su capacidad cognitiva y memoria disminuyen. La internalización de los estereotipos edadistas en forma de autoestereotipos también se ha encontrado asociada de forma significativa a una mayor presencia de problemas de salud mental (p.ej., Losada-Baltar et al., 2022; Marques et al., 2020; Wurm and Benyamini, 2014).

En este capítulo se realiza una revisión sobre la salud mental en la vejez con el foco en la influencia del edadismo en los estudios epidemiológicos y en la atención proporcionada desde los sistemas de salud mental a las personas mayores.

2. La salud mental en la vejez: limitaciones y desafíos de los estudios epidemiológicos

¿Cuántas personas mayores tienen problemas de salud mental en España? ¿Cuántas personas mayores desarrollan al año un problema/trastorno de salud mental? En este apartado se aborda la prevalencia y la incidencia de los problemas o trastornos de salud mental en las personas mayores, destacando algunas cuestiones importantes que dificultan tener claridad en este sentido.

El estereotipo edadista según el cual la salud mental de las personas mayores, entendida en términos globales, es peor que la de las personas más jóvenes, no se ajusta del todo a la realidad. Si bien parece que hay problemas de salud mental como los problemas de sueño, los problemas depresivos o los trastornos cognitivos como las demencias para los que sí se encuentran tasas de prevalencia superiores a medida que avanza la edad, no es infrecuente leer estudios en los que se señala que las tasas de prevalencia de determinados trastornos en la vejez son inferiores a las existentes en otros grupos de edad (p.ej., Klap, Unroe, y Unützer, 2003). Un reciente informe sobre Salud Mental de la Subdirección General de Información Sanitaria (2021) apoya esta idea de que las tasas de prevalencia de trastornos como la ansiedad (p.ej., TOC, fobias, etc.), los trastornos del comportamiento alimentario, la esquizofrenia o los trastornos de personalidad no son superiores entre las personas de más de 65 años, siendo incluso más bajas las tasas de prevalencia de algunos de estos problemas.

De hecho, la conocida “paradoja del bienestar en la vejez” (p.ej., Staudinger, Marsiske y Baltes, 1995) ha guiado la investigación internacional durante décadas; este término se acuñó para describir el hecho de que, **a pesar de las pérdidas y desafíos asociados al envejecimiento, las personas mayores no presentan mayor malestar emocional que las jóvenes.** Un reciente estudio vuelve a confirmar esa línea ascendente del bienestar subjetivo desde la mediana edad hasta bien entrada la década de los 70, que puede entenderse como un reflejo de la gran capacidad de adaptación y afrontamiento de las personas a medida que envejecen (Hensen & Blekesaune, 2022). El estudio también confirma que en la edad avanzada (más de 80 años), debido al incremento de las limitaciones en salud y funcionales, el bienestar emocional parece verse más comprometido. Además, es importante subrayar que la mayor parte de los estudios que han identificado mayor bienestar o felicidad en las personas mayores han sido realizados en Estados Unidos, y el bienestar psicológico en cualquier edad está claramente moldeado por el contexto cultural y socioeconómico.

En cualquier caso, si hay una verdad clara en gerontología es que es un grave error hablar de “personas mayores” en términos generales, debido a la enorme **heterogeneidad interindividual**, que va incrementándose con el envejecimiento. El error de la generalización es se ve claramente si tenemos en cuenta que hablar de “mayores” en general es “meter en un mismo saco” a personas cuyas edades varían en un rango tan amplio como es el

que va de los 65 años a los 100 o incluso más años, que son alcanzados cada vez una mayor cantidad de personas.

De este modo, la variabilidad inter e intraindividual es un sello distintivo de la vejez. La mayoría de las personas mayores viven con completa autonomía, en su domicilio, mientras que otras viven en contextos de cuidado de larga duración (p.ej., residencias) porque necesitan algún tipo de ayuda o presentan cierto grado de discapacidad funcional. Hay muchas personas mayores con niveles muy elevados de productividad y contribución a la sociedad. Una reciente revisión sistemática sobre la productividad en el ámbito laboral indica niveles similares entre personas jóvenes y mayores, y una mejor ejecución por parte de las mayores (Viviani et al., 2021). Y también hay personas mayores que presentan niveles moderados y progresivamente crecientes de deterioro físico, o cognitivo, o ambos. Conseguir una muestra representativa de personas mayores es, muy probablemente, más difícil que conseguir una muestra representativa de otros grupos de edad.

La heterogeneidad tiene, además, un impacto diferencial significativo sobre la valoración de síntomas y características de las problemáticas de salud mental. Así, por ejemplo, un problema de depresión o ansiedad no se manifiesta igual en una persona con deterioro cognitivo que en una persona sin deterioro. Otros factores diferenciales con implicaciones importantes para comprender la discriminación de las personas mayores en el contexto de la salud mental son las variables sociodemográficas: **género, nivel económico y nivel cultural-educativo**. En este sentido, los datos disponibles dibujan varias direcciones. Por un lado, la prevalencia de problemas de salud mental de tipo emocional (depresión y ansiedad) es mayor en mujeres que en hombres (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021), lo cual establece el escenario del doble estigma para la discriminación en las mujeres. No obstante, se han sugerido posibles sesgos de evaluación relacionados con roles de género que pudieran explicar en parte estas diferencias. Concretamente, se ha planteado que los hombres pueden tender a no expresar o infra-informar sobre su malestar o síntomas psicológicos.

En relación al **nivel socioeducativo y económico**, en los últimos años ha cobrado una gran importancia en la investigación el concepto de estatus socioeconómico (ESE), definido como la posición que ocupa una persona en una estructura social jerárquica y que refleja su estatus o clase social (Adler y Rehkopf, 2008; Calixto y Anaya, 2014). Este concepto es un indicador global que incluye nivel de ingresos, nivel educativo alcanzado, estatus ocupacional/laboral y riqueza, esto es, los recursos que facilitan a las personas alcanzar ciertos objetivos vitales. Numerosos estudios transversales y longitudinales (por ej., Dunkel y otros, 2013) documentan la relación entre el ESE y la salud física y mental, relación que parece estar mediada por diferentes mecanismos como los estilos de vida, el autocuidado, el uso de los recursos sanitarios y la participación social (p.ej., Mathews y otros, 2010; Zhang y otros, 2022).

Los estudios internacionales existentes sobre datos de prevalencia de problemas de salud mental en personas mayores son relativamente escasos (en nuestro país, casi inexistentes), en comparación con los estudios realizados con población adulta más joven. No es extraño encontrar estudios sobre salud mental en los que se incluye un amplio margen de edad (por ej., de 16 a 64 años), pero se excluye a personas mayores (Esteban, Puerto, Fernández Cordero, Jiménez García, Gil de Miguel y Hernández Barrera, 2012; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, et al., 2010).

En los estudios que sí han incluido personas mayores entre sus participantes, se observan amplias horquillas de datos de prevalencia. Este dato ya sugiere que la cuestión del diagnóstico en personas mayores está muy lejos de estar resuelta. En una revisión realizada por Cisneros y Ausín (2019) sobre trastornos de ansiedad, se señala que apenas se incluye en estudios de prevalencia a personas mayores de 75 años. Estas autoras encuentran que las tasas de prevalencia de problemas de ansiedad son muy superiores a lo que se creía. Por lo tanto, la problemática de salud mental en la vejez existe, y es muy prevalente, como sugiere nuevamente Ausín (2019), quien, con datos de un estudio europeo, muestra que una de cada tres personas mayores ha sufrido un trastorno mental en el último año, y una de cada cinco lo tiene en la actualidad, siendo **los problemas más habituales los de depresión y ansiedad**.

Otro estudio que informa de prevalencia sobre trastornos de salud mental en personas mayores es el de Linares y otros (2008), realizado en un entorno con 58.000 habitantes. Este estudio muestra que un total de 2.054 personas mayores de 60 años (el 3,54% de la población total) fueron derivadas al Equipo de Salud Mental. Confirmando lo informado por Ausín (2019), la mayoría de las problemáticas diagnosticadas en este estudio tenían que ver con problemas de ansiedad y depresión. Teniendo en cuenta que, como señala Ausín (2019), únicamente un 11% de las personas mayores que sufre un trastorno mental utiliza un servicio de salud por sus problemas mentales, es muy probable que las cifras de prevalencia real sean mucho mayores a las que los estudios muestran. Así, **es altamente probable que sea alta la proporción de personas mayores cuyos problemas emocionales, como la depresión, no sean diagnosticados y, por tanto, tratados**. Cuando una persona presenta depresión y no recibe ayuda, la probabilidad de que este problema se cronifique y se complique con otros problemas de salud mental y física, reduciendo la capacidad de la persona para funcionar a nivel físico, social y cognitivo, es muy alta, y los costes de salud asociados a la atención sanitaria una vez el problema se ha cronificado son muy elevados (Charney, et al., 2003; Nelson, Clary, Leon, & Schneider, 2005; Van Citters & Bartels, 2004). Nos encontramos, por tanto, **ante un problema que podemos calificar como un grave problema de salud pública a nivel internacional** (National Institute of Mental Health, 2003).

Es importante destacar la importancia del contexto de vida de las personas mayores a la hora de estudiar su salud mental. En este sentido, **las personas mayores que viven en residencias presentan tasas muy superiores de trastornos mentales**, especialmente trastornos depresivos, psicóticos, trastornos de ansiedad y demencias, habiéndose encontrado porcentajes de prevalencia de problemas de salud mental en torno a un 45,8% (Villaverde Ruiz et al., 2000).

Centrándonos en las demencias, vinculadas a trastornos neurodegenerativos u otros problemas de salud (p.ej., accidentes cerebrovasculares), es evidente que el envejecimiento incrementa el riesgo de padecerlos. En este sentido, el tema de la prevalencia de estos trastornos en la vejez es especialmente problemático, estimándose que entre un 50 y un 90% de los casos de demencia pueden no estar diagnosticados (Nakamura, Opaleye, Tani y Ferri, 2015). Son muchos los factores que parecen estar implicados en el infra-diagnóstico o no reconocimiento del problema, incluyendo factores relativos al nivel cultural de las personas, comunicación, herramientas diagnósticas, edadismo profesional, falta de acompañamiento de personas significativas, no asistencia a citas médicas, etc. (Amjad, Roth, Sheehan, Lyketsos, Wolff, y Samus, 2018).

Por lo comentado hasta ahora, parece evidente que existen claras limitaciones y desafíos de los estudios epidemiológicos sobre salud mental en personas mayores. A continuación, se enumeran y discuten algunos de los principales factores que explican en gran medida estas limitaciones y que sugieren cautela a la hora de interpretar los datos epidemiológicos disponibles.

2.1. Diferencias en la manifestación de los problemas de salud mental en la vejez y falta de instrumentos y criterios diagnósticos adaptados

Una de las dificultades a las que se enfrenta la investigación sobre la prevalencia de problemas de salud mental entre las personas mayores es que la mayor parte de los estudios han tendido a utilizar instrumentos de evaluación genéricos y no específicos para las personas mayores, aun cuando las manifestaciones de los diferentes problemas pueden variar en esta población con respecto a los adultos más jóvenes. Los estudios que utilizan instrumentos de evaluación no adaptados a las personas mayores infraestiman las tasas de prevalencia de los problemas de salud mental de las personas mayores (Ausín, 2019).

Como se ha comentado, **diferentes problemas de salud mental pueden manifestarse de forma ligeramente diferente en la vejez**. Por ejemplo, se ha encontrado que la depresión en la vejez se manifiesta más en forma de síntomas somáticos (p.ej., fatiga, malestar físico, falta de energía, etc.) y conductuales (p.ej., pasividad, evitación) que en verbalizaciones o quejas sobre el estado anímico (Blazer and Hybels 2005). Esto podría explicar las altas tasas de diagnósticos de problemas de ansiedad y depresión subclínicas, esto es, que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos, entre las personas mayores, y que se asocian con mayor gravedad y peor pronóstico (Meeks et al. 2011).

Estas diferencias en la forma de manifestarse determinados problemas pueden estar asociadas a factores de cohorte, como el contexto sociocultural en el que fueron socializadas las personas o el nivel educativo. En este sentido, algunas personas mayores pueden tener más dificultades para hacer introspección y expresarse en términos emocionales, esto es, nombrar y explicar sus estados afectivos, simplemente por el hecho de que su generación no creció en un contexto en el que se hablara sobre las emociones y los procesos cognitivos accesibles a través de la reflexión y conciencia.

El tema se complica si se considera otra realidad del envejecimiento: el incremento, especialmente a partir la década de los 80, de enfermedades crónicas, complejas, simultáneas que cursan con numerosos síntomas somáticos similares a los que aparecen en problemas de salud mental, como los trastornos de ansiedad. Si la salud física y psicológica están profundamente entrelazadas a lo largo del ciclo vital, esto es especialmente así en la vejez. De este modo, el diagnóstico diferencial se complica y es más probable que se puedan cometer errores, atribuyendo síntomas de ansiedad como palpitaciones, debilidad, temblor o sudoración a causas orgánicas (p.ej., crisis hipoglucémica). Efectivamente, **el diagnóstico de determinadas problemáticas de salud mental resulta más complicado en la vejez**. Esto representa otra posible vía que explica la infraestimación de problemas psicológicos en la vejez.

Otra razón que hace dudar acerca de las tasas de prevalencia en la vejez tiene que ver con que una gran mayoría de las personas mayores no participa en los estudios de investigación dirigidos a estudiar la prevalencia de problemas de salud mental (por ej., Brugos, 2016). Muy probablemente, muchos de los que no participan lo harán por razones que pueden encajar con tener problemas de salud mental, por lo que su participación resultaría especialmente valiosa e importante.

Hasta ahora, se han comentado posibles factores explicativos del infra-diagnóstico de problemas de salud mental en la vejez en los estudios de prevalencia.

Sin embargo, también parece existir en ocasiones la tendencia contraria, a saber: la “patologización” o atribución causal a una supuesta enfermedad de comportamientos o manifestaciones normales o explicables desde factores no patológicos. Así, por ejemplo, si bien las demencias (trastornos neurocognitivo mayor y neurocognitivo menor en el DSM 5) son consideradas problemáticas de salud mental, los síntomas habitualmente asociados a las demencias, conocidos habitualmente como síntomas disruptivos, síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SPCD) o síntomas neuropsiquiátricos, *¿son problemas de salud mental? ¿son síntomas ineludibles de la demencia?* La respuesta a esta pregunta tiene implicaciones clínicas muy importantes. A nuestro modo de ver, la respuesta es negativa. De hecho, estos comportamientos no aparecen en todos los casos de demencia. Algunos de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (por ej., apatía, problemas de sueño o irritabilidad) no se presentan exclusivamente en personas con demencia, sino que también se presentan en personas sin ella (Brodaty et al., 2015; Savva, Zaccai, Matthews, Davidson, McKeith, Brayne et al., 2009).

Como señalan muchos autores (por ej., Kales y otros, 2015; Losada y otros, 2017), los síntomas disruptivos se producen en un contexto en el que hay una demencia, pero no es la demencia la que los dispara. Estos comportamientos suponen, más que un síntoma claramente derivado del deterioro cognitivo, un reflejo de necesidades no cubiertas, o reacción a factores contextuales, como estímulos antecedentes (condicionados o discriminativos) y/o consecuentes (refuerzos) que, sin duda, tienen una cierta relación con la demencia, pero responden a otros factores causales más importantes que son abordables desde un tratamiento no farmacológico. Estos factores contextuales incluyen estímulos relacionados con la familia, los profesionales, u otros, tales como la forma de comunicarse o interactuar con la persona con demencia, la forma de mirarla o el cómo responden a sus comportamientos. El considerar que estos comportamientos se deben a la demencia facilita que no se haga el esfuerzo de analizar y entender qué factores los explican y, por tanto, dificultan el que sean considerados como potenciales objetivos de tratamiento no farmacológico. **La discriminación aquí se hace evidente: esta forma de mirar los comportamientos de las personas mayores con demencia reduce drásticamente las oportunidades de estas personas de recibir un tratamiento adecuado a sus necesidades** que redundaría en una clara mejora de su calidad de vida y la de sus familias (Losada y otros, 2017).

2.2. La influencia de los estereotipos y autoestereotipos en la atención a la salud mental: normalizar lo que no es normal es también discriminar

Otra posible vía explicativa del infradiagnóstico de problemas de salud mental en las personas mayores tiene que ver con los estereotipos sobre el envejecimiento, muy extendidos en la población general y en los profesionales sanitarios, en particular. Algunos de estos **estereotipos plantean ideas como que en la vejez es normal sentir más tristeza, depresión y soledad**, debido a las características de esa etapa del ciclo vital. Esta normalización, asociada a la asunción de estereotipos edadistas, por parte de los profesionales de la salud de lo que pueden ser manifestaciones de problemas psicológicos importantes pueden llevarles a prácticas discriminatorias, como serían:

- a) normalizar ciertos comportamientos o síntomas en las personas mayores y cegarles a la hora de identificar la presencia de problemas reales de salud mental, lo cual redundaría en un infradiagnóstico de problemas importantes;
- b) ausencia de comunicación y transmisión de la información de salud adecuada al paciente y la familia;
- c) reducción de las oportunidades de estas personas a ser seleccionadas para estudios de investigación que permitan ampliar el conocimiento sobre su problemática; y
- d) reducción de sus oportunidades para acceder a los recursos sanitarios y recibir el tratamiento que necesitan y el acceso (Chang et al., 2020; Kagan & Melendez-Torres, 2015; Makris et al., 2015).

Resulta muy interesante detenerse a reflexionar sobre la cuestión de en qué medida se considera que es “más normal” que haya problemas de salud mental en una u otra etapa del ciclo vital. Parece verse más claro, en general, que no es normal que haya sintomatología depresiva o sentimientos de soledad en la infancia, en la adolescencia o incluso en la adultez temprana. Sin embargo, el tema cambia cuando pensamos en la vejez. *¿Es normal que haya esta sintomatología en la vejez?* Podríamos estar de acuerdo con que hay más razones que pueden favorecer la aparición de sintomatología depresiva o soledad en la vejez, pero no con que sea normal. Sin embargo, **la creencia de que es normal en la vejez tener ciertos sentimientos negativos es sostenida por un porcentaje muy elevado de la población.**

Si pensamos en términos de criterios diagnósticos, los criterios DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) para la depresión incluyen la fatiga o pérdida de energía, la capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o la disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día. *¿Son estas manifestaciones típicas de la vejez?* Muchos pensarán que sí, porque en ocasiones lo son; sin embargo, en muchos casos, se tratará de síntomas depresivos, al igual que lo son en otros grupos de edad. Es fundamental, por tanto, **reconocer la gran presencia de estereotipos edadistas con serias implicaciones en la práctica clínica en el ámbito sanitario.**

Por otro lado, tal y como se sugiere por planteamientos teóricos relativamente recientes, como los elaborados por Becca Levy (por ej., Levy, 2009), el mayor problema no es que la mayoría de la población mantenga este tipo de creencias estereotipadas, **sino que la propia persona se las crea y las interiorice**, en lo que serían los **autoestereotipos**.

Una primera reflexión sobre estas creencias automantenidas es analizar el impacto que pueden tener sobre las tasas de incidencia y prevalencia de problemáticas como, por ejemplo, la depresión, la ansiedad o la soledad. Si uno piensa que es normal la anhedonia o la pasividad en la vejez, e incluso la tristeza o la añoranza de tiempos mejores, no informará de ello y, por lo tanto, su caso no será identificado como un problema depresivo y no será tenido en cuenta en las listas de personas que padecen el problema. Si la propia persona asume la “normalidad” de algunos síntomas o comportamientos, puede tender a no expresarlos, y si no los expresa, no será atendida ni encontrará la ayuda que necesita para mejorar su calidad de vida.

Otra implicación grave de los autoestereotipos es que, si uno cree que es normal tener sentimientos de tristeza, vacío, pérdida de control, o soledad, hará menos por buscar soluciones para resolverlo. Y si expresan sus dificultades ni buscan soluciones, es difícil que el sistema de salud y los profesionales sociosanitarios se puedan hacer eco de las mismas y ofrecer potenciales recursos.

2.3. Necesidad de formación: problemas asociados a la falta de conocimientos y formación específica para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en la vejez

Tal y como indica la American Psychological Association (2014), la formación que se adquiere en la Universidad, por ejemplo en el caso de los psicólogos, es útil para el trabajo con las personas mayores, pero no parece suficiente, y muchos de ellos demandan formación adicional (p.ej., Qualls et al. 2002). Son muchos los estudios que reflejan la **falta de formación específica en el manejo de la salud mental de los profesionales que atienden a las personas mayores en el ámbito sanitario** (Bardach & Rowles, 2012; Bodner et al., 2018; Bryant and Koder 2015; Center for Health Workforce Studies, 2005; Richards et al. 2007).

El informe mundial de la OMS sobre el edadismo (2021), citando un estudio de Bodner, Palgi y Wyman, (2018), lo deja claro: “los profesionales de la salud mental no disponen de la formación adecuada para trabajar con pacientes mayores, carecen de las competencias clínicas necesarias para diagnosticar y trabajar con pacientes mayores que presentan problemas de salud mental, tienen actitudes negativas respecto a este grupo poblacional y están menos dispuestos a trabajar con ellos” (pág. 25). De forma todavía más específica, se han hecho evidente las limitaciones de formación de los profesionales sanitarios de la geriatría en atención y manejo emocional y conductual de las demencias (p.ej., Scott et al., 2019).

Esta falta de formación puede estar en la base de la mala praxis, ya comentada anteriormente, de algunos/as profesionales que atribuyen síntomas clínicos significativos en personas mayores de 65 años al proceso de envejecimiento normal, como si esos síntomas fueran “esperables” dada la edad del paciente (Laidlaw y Pachana 2009). De este modo, se interpretan como señales normales de envejecimiento lo que en realidad son síntomas o comportamientos tratables.

La mayoría de las personas mayores acude al médico de atención primaria cuando tiene problemas de salud mental (Ausín, 2019). El porcentaje de personas mayores de 65 años

entre los usuarios habituales de la atención primaria es alto, siendo al menos un 10-15% los usuarios con 75 años o más (Lesende, 2004). La atención primaria es el contexto en el que sería más fácil identificar potenciales casos vulnerables que, de recibir atención, podría prevenirse la evolución a la enfermedad o dependencia. De hecho, muchos de estos profesionales se hacen cargo de problemas emocionales en personas mayores, absorbiendo gran parte de la demanda, sin llegar a derivar a atención especializada en salud mental porque es muy grande la demora en la atención (verdadera traba de accesibilidad) y los recursos de atención escasos (p.ej., mucho espacio temporal entre las consultas en salud mental). Así, es un hecho que existe bastante dificultad para derivar a las Unidades de Salud Mental y se dan indicaciones de priorizar atención a problemas graves y de personas más jóvenes, siendo selectivos a la hora de aceptar interconsultas. Esta situación varía entre Comunidades Autónomas, Departamentos, y Zonas de Salud.

A pesar de la fundamental labor de este colectivo sanitario, muchos de los médicos de atención primaria, al igual que otros profesionales (enfermeros/as, psiquiatras o profesionales en contextos hospitalarios) pueden no tener la suficiente formación como para identificar problemas de salud mental, especialmente las particularidades que pueden ser relevantes en personas mayores. A pesar de que se han hecho importantes esfuerzos en esta dirección, como la publicación de la guía Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria por parte del Grupo de Trabajo Atención al Mayor de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Martín et al., 2016) continúa habiendo una clara escasez de personal especializado en gerontología y geriatría en este contexto que parece ser especialmente importante para garantizar una atención sanitaria de calidad a las personas mayores. La toma en consideración de estrategias para la prevención y promoción de la salud mental que potenciaran la disponibilidad de personas expertas con un entrenamiento en la visión global (biopsicosocial) de las problemáticas de salud, evitaría malas prácticas como la polifarmacia y sus efectos secundarios, que lo único que hacen es empeorar la salud y calidad de vida de las personas. En este sentido, la incorporación de perfiles de profesionales especializados, como los psicólogos/as especializados en gerontología a la Atención Primaria, que está comenzando a producirse de forma lenta pero segura en algunas comunidades de nuestro país, es una línea estratégica fundamental. Queremos dejar claro que nuestro ánimo aquí no es criticar a un colectivo profesional que está sometido a múltiples cargas laborales y que realiza su trabajo de la mejor forma posible, dadas sus circunstancias y condiciones laborales (desgraciadamente empeoradas en los últimos años), sino hacer una **llamada a incrementar la conciencia social sobre la necesidad de facilitar la incorporación y/o incrementar la presencia (contratación) de estos profesionales especializados en atención a las personas mayores, como son los psicólogos especializados en gerontología clínica y los geriatras**. Iniciativas como la Mejora del Acceso a Terapias Psicológicas (IAPT; Wakefield, Kellett, Simmonds-Buckley, et al., 2021) en el Reino Unido, potencialmente posible en España (Cano-Vindel, Ruiz-Rodríguez, Moriana et al., 2022) reflejan las ventajas que puede tener una mayor presencia de psicólogos en servicios de atención primaria para mejorar la salud mental de la población, e incluyen experiencias de tratamiento exitosas con personas mayores (Prina, Marioni, Hammond, Jones, et al., 2014).

Los estereotipos o autoestereotipos edadistas comentados en apartados anteriores pueden jugar un papel especialmente importante cuando falta formación específica en relación al envejecimiento y las particularidades de la salud mental en las personas

mayores. El impacto de una insuficiente formación en la identificación temprana de potenciales desencadenantes o detonantes de problemáticas de salud mental en personas mayores tiene relevancia porque puede ser un gran obstáculo no solo para la identificación de los problemas psicológicos en esta población, sino también a la hora de favorecer programas preventivos o intervenciones tempranas. En este sentido, la falta de formación sobre los factores contextuales que pueden explicar algunos síntomas o comportamientos desadaptativos (p.ej., síntomas depresivos como la pasividad conductual o la tristeza) puede estar en la base de abordajes terapéuticos inadecuados y que ponen en riesgo la salud y calidad de vida de las personas mayores, como puede ser el exceso de medicación o polifarmacia, lamentable situación que afecta a muchas personas mayores.

La formación específica en gerontología y psicología evolutiva ha demostrado ser efectiva para cambiar actitudes edadistas en estudiantes de carreras sanitarias (Basran et al., 2012; Rodgers & Gilmour, 2011; San Martín-Gamboa y otros, 2023; Sarabia Cobo & Castanedo Pfeiffer, 2015; Wurtele & Maruyama, 2013). Las experiencias intergeneracionales y el contacto con personas mayores de diferentes perfiles y características es esencial para combatir el edadismo (Burnes et al., 2019; Sum et al., 2016), que parece verse reforzado en la formación de los profesionales sanitarios por el hecho de que el contacto que tienen los estudiantes con personas mayores en este contexto es con personas mayores con enfermedades graves, múltiples y/o crónicas (Giles et al., 2002). El contacto clínico con personas mayores por parte de los profesionales de la psicología también es escaso, en parte debido a que no son usuarios frecuentes de los servicios de atención psicológica. En este sentido, y ante la reticencia documentada en algunos estudios de los psicólogos clínicos para trabajar con mayores (Bryant and Koder 2015), también se ha planteado incrementar la exposición al trabajo con personas mayores como un modo de estereotipos negativos preexistentes sobre las personas mayores (Koder & Helmes, 2008).

De acuerdo con el planteamiento de importantes gerontólogos (Knight y otros, 2009; Laidlaw y Pachana, 2009), una educación adecuada para capacitar a los profesionales sanitarios (y también sociales) para trabajar con personas mayores debería incluir formación en distintas áreas, que se recogen en la Tabla 3.

Tabla 3.- Áreas de formación específica para el trabajo con personas mayores

a) Perspectiva evolutiva y del ciclo vital;
b) Conceptos básicos sobre envejecimiento: desarrollo, historia, efectos y diferencias de cohorte; envejecimiento normal versus patológico, envejecimiento saludable. Variabilidad inter e intraindividual de las personas mayores;
c) Asunción y dominio del modelo bio-psico-social , comprendiendo la especial intensidad de la interacción entre estas 3 dimensiones en la vejez;
d) Conocimiento y habilidades para trabajar con las problemáticas más comunes y/o específicas de esta etapa vital (p.ej., demencia y sus cuidados, dolor crónico, síndromes geriátricos más comunes, etc);

e) Conocimiento/familiaridad con la presencia habitual de **condiciones médicas crónicas**, mayor comorbilidad de síntomas físicos y psicológicos y las interacciones entre ellos, y los **efectos psicológicos de las medicaciones** para problemas físicos (polifarmacia).

f) Conocimiento de los diferentes contextos ambientales en los que los mayores “habitan” y por los que transitan: su casa, la familia, centros de personas mayores, centros de día, residencias, contextos sanitarios, etc. **RED DE CENTROS Y SERVICIOS**

g) Conocimiento de los desafíos o particularidades de la evaluación e intervención con personas mayores:

- Particularidades de la **EXPERIENCIA Y EXPRESIÓN EMOCIONAL**.
- Importancia de las **PÉRDIDAS Y TRANSICIONES** de roles: momentos de vulnerabilidad.
- Importancia de los **AUTOESTEREOTIPOS** en la explicación del origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos en personas mayores.

3. Edadismo en estructuras sanitarias y profesionales de la salud mental: impacto en el tratamiento a personas mayores

El edadismo está presente en muchos/as profesionales de atención a la salud mental de las personas mayores, así como en muchas personas mayores, ya sea de forma explícita (consciente) o implícita (inconsciente) (Levy y Banaji, 2002). Como ya se ha ido comentando a lo largo del capítulo, la literatura científica muestra claramente que el edadismo en contextos de salud influye de manera decisiva en cuestiones de vital importancia en la evaluación e intervención de la salud mental en las personas mayores, prácticas que reducen las oportunidades de estas personas para tener acceso a los servicios de salud mental que necesitan o a participar en ensayos clínicos dirigidos a encontrar tratamientos para enfermedades que afectan de forma prevalente a personas mayores. Estas prácticas discriminatorias afectan a disciplinas como la psiquiatría, la enfermería psiquiátrica, la psicología, la neurología y el trabajo social, entre otras (Chang et al., 2020). De acuerdo con diversos estudios, muchas personas mayores reciben un trato discriminatorio que, claramente, tiene un impacto muy negativo sobre su salud mental y atenta contra su derecho a ser tratadas como otras personas de otros grupos de edad. Así, por ejemplo, estudio de Temple, Brijnath, Enticott y otros (2021) muestra que, mientras que el 10% de las personas mayores sin problemas de salud mental informan de haber sido discriminados en contextos relevantes de capital humano (por ej., cuidados de salud o trabajo) en el último año, **entre un 22 y un 25% de las personas mayores con problemas de salud mental experimentaron discriminación**, que supuso un impedimento o retraso en el acceso a los cuidados de salud que necesitaban.

El trato diferencial que reciben las personas mayores afecta a su salud mental de forma directa, ya que supone en sí misma una experiencia de estrés, de rechazo o discriminación social negativa, y tiene como implicaciones directas la disminución de la probabilidad de recibir el tratamiento que necesitan. Pero **la discriminación en contextos de salud también influye sobre el bienestar de las personas mayores indirectamente, porque el trato edadista reduce sus niveles de autoeficacia, autoestima, control percibido y propósito en la vida** (Chang et al., 2020), además de facilitar la activación de los propios autoestereotipos edadistas. La transformación de actitudes edadistas del contexto

profesional en autopercepciones edadistas (autoestereotipos) lleva a que estos efectos tengan un claro impacto en conductas poco favorecedoras de la salud como, por ejemplo, una reducción de participación en actividades de autocuidado, ejercicio físico, relaciones sociales, etc (Levy, 2009). Las personas mayores con problemas de salud mental perciben en menor medida la necesidad de cuidados de salud mental, lo que lleva a usar menos servicios de salud mental y, por lo tanto, a ser derivados con menor frecuencia a especialistas y a recibir menos atención especializada (Klap, Unroe y Unützer, 2003). Se produce así un círculo vicioso en el que, por criterios edadistas, no se ofrece atención para prevenir o tratar la salud mental, y las propias personas inician procesos que les alejan de vías para solucionar o mejorar su calidad de vida.

Centrándonos en el ámbito de la psicoterapia, Bodner, Palgi y Wyman (2018) mencionan el edadismo de Freud, a quien atribuyen la frase de que una persona mayor no puede beneficiarse de la psicoterapia por falta de flexibilidad mental. Una encuesta realizada en el 2003 (Lee et al. 2003) reveló la gran extensión entre los psicoterapeutas de la asunción de que la psicoterapia con personas mayores era problemática debido a determinadas características de estas personas, que incluían el ser rígidas mentalmente y resistentes al aprendizaje (un 60,4% lo creía) y tener problemas cognitivos, especialmente de memoria (un 74,4%) y concentración (61,2%), problemas auditivos (60,4%), apatía (57,1%), pasividad (46,6%), dificultades para aprender cosas nuevas (45,3%), resistencia al cambio de hábitos (44,5%), y falta de conciencia psicológica (56,9%). Estas asunciones se asocian, como el lógico, con la identificada falta de atractivo que perciben muchos psicoterapeutas para trabajar con personas mayores (Bodner et al., 2018). Como vemos, **el edadismo en profesionales de la salud mental y el rechazo a trabajar con personas mayores es más frecuente de lo que sería esperable**. Lamentablemente, muchos psiquiatras y psicólogos parecen tener actitudes negativas hacia las personas mayores, prefieren tratar a personas de otros grupos de edad, proporcionan pronósticos más favorables para personas más jóvenes, y tienden a recomendar psicoterapia a personas mayores con menor frecuencia que a otros grupos de edad (Bodner et al., 2018).

En esta misma línea, pero con profesionales de la medicina, un estudio realizado en Estados Unidos encontró que, ante pacientes con tendencias suicidas, los médicos estaban menos interesados en tratarles si eran mayores que si eran jóvenes. Se encontró que esto tenía que ver con la asunción por parte de los profesionales de que la tendencia suicida entre las personas mayores es lógica y normal y que, por tanto, no tenía tanto sentido abordarla terapéuticamente (Uncapher and Arean, 2000).

Otra de las graves consecuencias de la mirada edadista a la salud mental de las personas mayores es **la facilidad para prescribir tratamientos farmacológicos ante problemas de salud mental que, sin embargo, han sido abordados con efectividad desde la psicoterapia** (Bronskill et al., 2004). Diferentes estudios dan cuenta del excesivo uso de psicofármacos, con dosis muy altas de, especialmente, antidepresivos, neurolépticos o benzodiazepinas, especialmente en contextos residenciales (para una revisión, ver Ruxton et al. 2015). El consumo de antidepresivos en España se ha triplicado entre 2000 y 2013, y la prescripción de antidepresivos aumenta notablemente con la edad y en mujeres (Agencia Española del Medicamento, 2015). Además, también existe la tendencia a no retirar estos fármacos cuando ya no se justifica clínicamente su uso, y su consumo, por tanto, se cronifica, siendo muy infrecuente la deprescripción o valoración de su retirada. Por otro lado, los efectos adversos de los fármacos y sus interacciones son también un problema

importante, ya que están asociados con problemas de salud tales como el incremento del riesgo de caídas, deterioro cognitivo, inestabilidad motora, disminución del deseo sexual o el sobrediagnóstico y sobretratamiento que conlleva el tratar las reacciones adversas como nuevas enfermedades (Galv Borras, en Infosalus, 2022). Los efectos adversos de tipo físico son ampliamente conocidos (ver tabla del boletín INFAC) sin embargo muchos de tipo emocional son ignorados. Por ejemplo, en una encuesta realizada a 1.829 pacientes en tratamiento con antidepresivos, Read et al. (2014), identificaron entre los consumidores numerosos problemas de salud, tales como dificultades sexuales (un 62% de los pacientes), aplanamiento afectivo (sentirse emocionalmente indiferente); 60%), despersonalización o sentir que no es él/ella mismo/ella (52%), reducción en sentimientos positivos (42%), preocuparse menos acerca de otros (39%), ideas de suicidio (39%) y temor a los efectos adversos de la retirada (42%).

En este contexto, autores como Ausín (2019) destaca que la principal intervención de salud que recibe una persona mayor que solicita ayuda por problemas mentales es farmacológica (en un 71% de los casos), seguida por consulta con un médico (57%) y consulta con un terapeuta (28%). Estos datos contrastan con estudios que señalan que las personas mayores muestran preferencia por recibir tratamiento psicoterapéutico por encima del tratamiento farmacológico o tratamiento combinado para problemáticas como la depresión o la ansiedad (Landreville, Landry, Baillargeon, Gurette, y Matteau, 2001; Mohlman, 2012). Por lo tanto, parece que las personas mayores que reciben tratamiento para problemas de salud mental son tratadas fundamentalmente con fármacos, por encima de psicoterapia, aun cuando prefieren esta última forma de atención. La priorización de la psicoterapia sobre el tratamiento farmacológico debe también ser considerada teniendo en cuenta que la psicoterapia tiene más efecto a largo plazo y no tiene los efectos adversos asociados a la farmacoterapia (Reynolds, Jeste, Sachdev, y Blazer, 2022).

Desde hace tiempo, existe abundante literatura científica que respalda el uso de psicoterapia (por ej., terapia cognitivo-conductual, terapia de conducta, terapia de solución de problemas, o terapia interpersonal) con personas mayores, encontrándose niveles de eficacia similares a los encontrados en otros grupos de edad (p.ej., Irwin et al., 2006; Pomerleau et al., 2023). Concretamente, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz para tratar la mayor parte de los problemas psicológicos más frecuentes en la vejez: depresión, alcoholismo, insomnio y problemas relacionados con el afrontamiento de enfermedades físicas y limitaciones en la capacidad funcional (Knight y Satre, 1999). Un informe elaborado por expertos en el que revisan la eficacia de diferentes intervenciones para la depresión en personas mayores, recomienda la TCC como tratamiento claramente respaldado por la investigación empírica (Steinman et al., 2007).

A pesar de que está bastante extendido el estereotipo de que las personas mayores no se benefician de la psicoterapia tanto como las más jóvenes, los estudios sugieren precisamente lo contrario. Un reciente estudio de Saunders et al. (2021) usando una amplia muestra de usuarios del sistema de salud (>100.000 personas) encontró que las personas mayores de 65 años respondían mejor a los tratamientos psicológicos (no farmacológicos) que las personas de entre 18 y 65 años, siendo así especialmente en los casos de ansiedad, en comparación con los de depresión.

Es más, algunos autores sugieren que, incluso, características asociadas a las personas mayores pueden ser aprovechadas por los terapeutas para incrementar la eficacia de las mismas, comparadas con los resultados obtenidos en otros grupos de edad (Laidlaw y Kishita, 2015). Algunas de estas características son las experiencias vitales, que pueden ser descritas en términos de sabiduría o experiencia (de experto), que les han permitido llegar hasta donde han llegado con un historial de problemáticas resueltas muy superior al que se puede tener en otras edades. Igualmente, las personas, a lo largo del ciclo vital, se van haciendo expertas en procesos de selección, optimización y compensación de situaciones o actividades, e incrementan recursos adaptativos de regulación emocional, por ejemplo, centrándose más en el manejo de emociones que en la solución concreta de problemáticas, o en optimizar su capacidad para afrontar y transitar por las diferentes crisis y transiciones que tienen lugar a lo largo de la vida.

También disponemos de evidencias claras sobre la efectividad de intervenciones psicosociales implementadas en la comunidad para tratar con eficacia problemas emocionales como la depresión en las personas mayores. Ejemplos de intervenciones comunitarias con contenido terapéutico (psicológico) y eficacia sobre la depresión son el programa *PEARLS* (Programa para potenciar vidas activas y reforzantes en las personas mayores) para la depresión y la distimia, consistente en un entrenamiento en estrategias de solución de problemas en el domicilio de la persona (Ciechanowski et al., 2004), o el programa *IDEAS Saludables* (Identificando depresión y potenciando actividades para las personas mayores) dirigido a personas mayores con depresión y problemas crónicos de salud y limitaciones funcionales, e implementado en los centros de la comunidad habitualmente frecuentados por las personas mayores y aplicados por los propios profesionales del centro. Otras intervenciones comunitarias con impacto en la salud mental de las personas mayores: el programa *Bajemos a la calle* (Díez y otros, 2014), dirigido a reducir el aislamiento de las personas mayores debido a barreras arquitectónicas con salidas periódicas del domicilio con acompañamiento de voluntarios, que consiguió mejora de la salud percibida, de la salud mental y de la ansiedad y la depresión en los participantes

La evidencia disponible apunta, por tanto, a la enorme potencialidad del abordaje comunitario de los problemas de salud mental en las personas mayores y el importante papel de los centros y agentes comunitarios como elementos clave para implementar intervenciones eficaces para mejorar la salud mental de las personas mayores. Es necesario potenciar la investigación sobre la eficacia y eficiencia de intervenciones comunitarias que, aprovechando los recursos ya presentes en los contextos habituales de las personas mayores (barrios, centros culturales, etc.) pueden contribuir a llenar el gran hueco asistencial actual, contribuyendo a mejorar la salud mental y previniendo el inicio o cronificación de problemas psicológicos de estas personas.

Volvamos al tema de **la sobremedicación de las personas mayores**, ya que supone un problema de primera magnitud en nuestro sistema de salud. Se define como polimedicación/polifarmacia el consumo de más fármacos de los que esta justificados clínicamente, estableciéndose el criterio de 5 o más fármacos consumidos diariamente. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2012, los adultos mayores consumen en promedio 4,27 fármacos por persona y aproximadamente 8-12% de ellos están inapropiadamente indicados. Como señala la Dra. Galva Borras, la polifarmacia es un problema que afecta a entre un 30 y un 50% de personas mayores de 65 años (Infosalus, 2022), siendo mas

evidente en población mayor institucionalizada, entre las personas mayores muy mayores y en contextos paliativos o de final de la vida (Jokanovic et al., 2015; Morin et al., 2017).

Además, la mayor parte de **estas personas no cuentan con un médico de referencia para coordinar o integrar las diferentes prescripciones**. Diferentes estudios aportan datos que indican que la polimedicación se asocia a numerosos efectos adversos, otros síndromes geriátricos como la inestabilidad y tendencia a las caídas, la fragilidad, el delirium y deterioro cognitivo, mayor morbilidad y mortalidad (p.ej., Gutiérrez-Valencia et al., 2018; Moral y otros, 2012).

Por tanto, la pregunta está servida: *¿por qué, sabiendo todo esto, la sobremedicación de las personas mayores sigue siendo una realidad, incluso cada vez más presente, en nuestro país (también a nivel internacional)?* Parte de la respuesta a esta pregunta tiene que ver con **la escasez de recursos sanitarios para abordar los problemas de salud mental de forma adecuada**, lo que incluye en muchos casos la aplicación de tratamientos psicológicos. Con frecuencia la prescripción de antidepresivos se produce por falta de otras alternativas, insuficiente disponibilidad de y accesibilidad a terapias psicológicas y falta de tiempo (Calderón y otros, 2012; Junta de Castilla y León, 2014). La práctica ausencia de psicólogos/as en Atención Primaria (situación que, afortunadamente, comienza a cambiar poco a poco de forma favorable) y su gran escasez en el sistema de salud pública, junto con el mantenimiento de modelos biologicistas vinculados al estatus superior de la psiquiatría frente a la psicología, son variables que permiten explicar este fenómeno. Dada esta situación de escasez explícita de recursos en el espacio público de atención a la salud mental, muchas personas deben recurrir a la atención privada, asumiendo los costes asociados a esta, que no todas las personas se pueden permitir. Así, no es arriesgado decir que la atención a la salud mental completa y adecuada en nuestro país es, en gran medida, un artículo de lujo al que muchas personas no pueden acceder. Los intereses económicos de la industria farmacéutica deben figurar como un claro factor en esta ecuación (Pew Charitable Trusts, 2013). Medicar parece más rápido y sencillo, así como menos costoso que la psicoterapia.

Sin embargo, como hemos visto, no siempre lo más rápido y barato es más eficaz o efectivo, y, además, tiene más riesgos asociados. El problema del exceso de consumo de psicofármacos no es solo un problema de las personas mayores, sino que se extiende a toda la población española, y supone un problema de enorme relevancia social y sanitaria. En 2019, la Sociedad Científica Española de Estudio sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras toxicomanías (Socidrogalcohol, 2019) publicó una Guía de consenso para el buen uso de las benzodiazepinas (fármacos recetados para los problemas de ansiedad) en la que se dejaba claro que no se estaban cumpliendo las recomendaciones sobre prescripción de estos fármacos, y que “más de la mitad de la mitad de los usuarios a largo plazo tienen dificultades para suspender la toma por síntomas de abstinencia”. En este sentido, hay estudios que identifican como otras posibles causas del consumo crónico de psicofármacos la creencia de la propia persona de que ya se es adicto y el temor a los efectos que puede traer la retirada del medicamento (Bogner et al., 2009, Kessing et al., 2005).

Por otro lado, es importante **subrayar el problema de la medicalización** (por tanto, patologización) **de respuestas normales a experiencias de la vida**. Así, se ha puesto de manifiesto la tendencia no justificada a la prescripción de antidepresivos (AD) ante

situaciones de duelo, tristeza vital, sufrimiento o estrés crónico, en las que el tratamiento de elección sería proporcionar estrategias psicoterapéuticas como el entrenamiento en solución de problemas o habilidades de autocuidado (Junta de Castilla y León, 2014).

Concluyendo de lo anterior, **los datos lo dejan claro: hay un exceso de prescripción de tratamiento farmacológico (especialmente antidepresivos y ansiolíticos) a personas mayores problemas emocionales**. Este problema se está incrementando, a pesar de que la investigación deja clara la eficacia y eficiencia de intervenciones no farmacológicas para tratar con éxito estos problemas, y a pesar de los graves efectos adversos del consumo de estos fármacos (habitualmente prescritos a dosis altas y con consumo cronificado que no se revisa- no deprescripción) que empeoran de forma clara la calidad de vida de estas personas. Este escenario de discriminación requiere una urgente reflexión por parte de nuestra sociedad para diseñar posibles soluciones, entre las que debe figurar en primer plano el incremento de la accesibilidad a tratamientos psicológicos y psicosociales o comunitarios.

Volviendo ahora la atención al modo en el que se interviene con las personas con demencia, este también debe ser sometido a revisión. El tratamiento principal para los síntomas conductuales y psicológicos asociados a las demencias (por ej., agitación) no debería ser, como es en la actualidad, el tratamiento farmacológico, dado que diferentes estudios aportan datos claros que indican que los tratamientos farmacológicos no son superiores a los tratamientos placebo (e.g., Banerjee et al., 2011). Por tanto, se debe recomendar siempre en primer lugar el tratamiento no farmacológico. Incluso aun cuando las terapias no farmacológicas no sean exitosas, antes que recomendar tratamiento farmacológico son necesarios estudios que permitan identificar tratamientos farmacológicos eficaces para problemáticas como la agitación (Henderson et al., 2022).

3.1. La importancia del lenguaje

Dada la importancia que tiene el lenguaje y que supone la herramienta básica de comunicación en contextos sanitarios, en ese apartado queremos pararnos brevemente a analizar cómo la discriminación se puede ejercer desde la forma en que hablamos de y con las personas mayores, desde cómo nos dirigimos a ellas.

No resulta extraño encontrar literatura científica que investiga problemas de salud mental en personas en “edad senil” o ancianos. La Real Academia Española define senil como “perteneciente o relativo a la persona de avanzada edad en la que se advierte su decadencia física”. El problema aparece cuando se analiza en detalle a qué edad se refieren los investigadores en los mencionados estudios, en los que no es infrecuente observar que participan personas de 60 años o más. *¿Quiere decir esto que se considera que los 60 años es una edad senil o presenil, con las connotaciones negativas de este concepto de senilidad?, ¿la vinculación de edad senil y problemas de salud mental tiene asociada, de forma inconsciente, una percepción de peor pronóstico y quizá una menor implicación del profesional en el tratamiento?*

En la población general, en la vida cotidiana, hacemos con frecuencia un uso edadista del lenguaje. Así, no es infrecuente escuchar a las personas responder, ante la comunicación por parte de otra del fallecimiento de alguien querido, frases del tipo de ¿qué edad tenía? Una mayor edad parece justificar que no es tan dramática la pérdida como cuando sucede a otras edades. Esto lo pueden sentir así muchas personas, pero no quien lo vive. Así,

si nos ponemos en el lugar de la persona, y resulta que se trata de su esposo, con quien tenía una relación con una historia de 50 años (o de un año), más un conjunto de intereses y tareas compartidas en la vida, no resulta difícil comprender que el dolor puede ser similar o superior a otra pérdida para esa persona, y que incluso tal pérdida, de no ser adecuadamente atendida, pueda iniciar procesos importantes de duelo complicado o soledad, que pueden llevar al inicio de depresiones graves e, incluso, terminen favoreciendo la toma de una decisión dramática por parte de la persona.

Sin duda, **el lenguaje es la principal vía de transmisión y reflejo del edadismo**. Los estereotipos edadistas (por ej., las personas mayores son dependientes, frágiles, son como niños) se asocian con el empleo de estilos de comunicación inadecuados, como el habla patrón o infantil (Kemper, 1994), que consiste en hablarles como si fueran niños, usando diminutivos, la primera persona (p.ej., “ahora vamos a comer, ¿verdad?”) y dulcificando el tono, entre otras características. Este fenómeno se ha explicado desde el Modelo de Predicamento Comunicacional en el envejecimiento (Ryan et al., 1995), basado, a su vez, en la Teoría de la Acomodación Comunicacional (Giles, Mulac, Bradac, & Johnson, 1987): la percepción de señales de que el interlocutor es una persona mayor activa los estereotipos negativos sobre envejecimiento (incompetencia, deterioro, fragilidad) y estos, a su vez, facilitan que los profesionales activen estrategias de acomodación o adaptación verbal, paraverbal y no verbal que consideran necesarias para comunicarse con la persona, lo cual se refleja en el habla patrón. Este tipo de **comunicación paternalista**, además de atentar contra la dignidad de las personas mayores, quienes, aunque necesiten ayuda, son personas adultas, reduce la probabilidad de que lleven a cabo conductas autónomas y favorece que acabe produciéndose un exceso de discapacidad. Los estudios realizados en esta área indican un **elevadísimo uso de este lenguaje en contextos sanitarios de atención a las personas mayores** (p.ej., Bradford et al., 2010). Según Williams et al. (2017), hasta un 84% del personal en residencias lo utiliza. La normalización del uso de este lenguaje favorece también la asunción por parte de las personas mayores de su normalidad, si bien no son conscientes, ni los sanitarios que lo utilizan, ni las personas que lo sufren, de su impacto sobre la percepción de control y autonomía y, en definitiva, sobre su impacto en el proceso de deterioro físico y/o cognitivo.

Son también muchos los estudios que analizan **el impacto negativo que el uso del habla infantil o habla patrón tiene sobre la eficacia comunicacional, la salud física y mental de las personas que lo reciben**. Si bien el personal puede considerar que su uso es adecuado y transmite ternura y cariño, la realidad es que suele tener efectos indeseables. Así, algunos componentes del habla patrón, como la reducción de la longitud de las frases, el enlentecimiento del habla o el uso de un tono más agudo no solo no ayudan a las personas mayores sino que pueden ser perjudiciales, al transmitir mensajes de incompetencia, minar su confianza en su capacidad de comunicación (Kemper & Harden, 1999) y reducir sus oportunidades para practicar y mantener habilidades comunicativas. Algunos estudios han encontrado que reduce la comprensibilidad de la comunicación, se percibe por parte de las personas mayores como poco respetuoso y, en las personas con demencia, se asocia a una mayor resistencia por su parte al cuidado y con una mayor presencia de SPCD (ver revisión sistemática de Gromme et al., 2015), lo cual, a su vez, favorece los procesos de burnout en los profesionales y, en relación con esto, en contextos residenciales, trato despersonalizado e inadecuado a los residentes y familiares (Williams, Herman, Gajweski, y Wilson, 2009). El habla patrón se ha visto

que puede disminuir la confianza de las personas mayores en sus propias competencias y, en relación con esto, su nivel de autoestima (O'Conner y Rigby, 1996; Ryan, Bourhis y Knops, 1991; Kemper et al., 1998).

Para terminar este apartado con esperanza, los estudios también documentan la eficacia de intervenciones para reducir el habla patrón entre los profesionales de atención a las personas mayores, así como los efectos beneficiosos de estas intervenciones sobre la satisfacción, bienestar y autoestima de los residentes (p.ej., Bradford y End, 2010; Leung et al., 2012). Se trata, por tanto, de factores modificables que podemos cambiar en aras de reducir los efectos dañinos que tienen sobre las personas mayores.

3.2. Procesos discriminatorios a personas con demencia y en contextos residenciales

Tal y como señalan Ayalon et al. (2021), de acuerdo con los principios de Naciones Unidas “las personas con problemas de salud mental deberían tener el derecho a ser tratados y cuidados en su propia comunidad y con los tratamientos menos restrictivos e intrusivos”. Sin embargo, el porcentaje de personas mayores de 65 años y más que recibe cuidados en instituciones (vs. comunidad) es muy superior al que se observa en otras edades. **Ser institucionalizado en una residencia en nuestro contexto supone una pérdida importante de la capacidad de la persona para controlar su propia vida o influir sobre el entorno.** Dejan de existir como individuos en pleno ejercicio de sus derechos y pasan a ser pacientes y, desgraciadamente, en muchos casos, a exponerse a numerosas situaciones que implican falta de respeto a sus derechos.

No ponemos en duda que, en muchas ocasiones, el cuidado en una institución puede dar respuesta a cuidados que ya no se pueden proporcionar en casa. Sin embargo, *¿hasta qué punto las familias deciden la institucionalización de su familiar mayor porque no tienen los recursos necesarios para seguir cuidándole en casa, aun cuando este sería su deseo? ¿en qué medida está bien resuelto el tema de la disponibilidad, accesibilidad y flexibilidad de recursos ofertados a las familias para que estas puedan mantener el cuidado en el domicilio el mayor tiempo posible?* No son pocas las familias que, por falta de recursos, se ven abocadas a tomar la decisión de institucionalizar a su familiar. Esta circunstancia amplifica y extiende las problemáticas de salud mental, dado que la institucionalización incrementa el riesgo de, entre otras cosas, depresión y soledad en las personas institucionalizadas, pero también inicia peligrosas problemáticas en las personas cuidadoras como la culpa, el duelo anticipado, etc.

En este sentido, la investigación señala la **gran proporción de personas con demencia que viven en la comunidad que presenta necesidades no cubiertas, relacionadas con su seguridad, cuidados de salud, actividades de la vida diaria, compañía o asesoramiento psicológico y legal** (Morrisby et al., 2018). Esta proporción se estima en torno al **90% de personas con al menos una de estas necesidades no cubierta** (Abreu et al., 2019; Miranda-Castillo et al., 2010; Tapia Muñoz et al., 2019). Además, se ha encontrado que las personas con deterioro cognitivo y demencia residentes en la comunidad reciben más atención no solicitada y sobreprotección, lo cual se asocia con menor calidad de vida (Read et al., 2023).

Las conductas asociadas a las creencias edadistas florecen especialmente en contextos residenciales, como el ya comentado habla patrón o habla infantil, que tiene efectos adversos sobre la autonomía y las conductas problemáticas de la persona institucionalizada.

Lamentablemente, es frecuente encontrar en los contextos residenciales de nuestro país patrones favorecedores de la dependencia y hasta deshumanizadores, que reflejan una mirada a las personas institucionalizadas, especialmente a las que tienen demencia, eminentemente biologicista, contemplándolas como sujetos pasivos, meros receptores de atención y apoyo. Esta mirada se centra casi exclusivamente en el daño neurológico y el estado físico de salud. Este enfoque de atención, presente en muchos contextos de cuidados de larga duración, facilita comportamientos por parte de los profesionales que reflejan lo que Kitwood (1997) ha denominado “**psicología social maligna**”, ejemplos de la cual serían los siguientes: faltar al respecto, infantilizar, cosificar, etiquetar, ofrecer pocas oportunidades para la implicación y relación significativa con otras personas y/o actividades, prestar más atención a conductas dependientes o ignorar o incluso castigar comportamientos autónomos por parte de los residentes, con la consiguiente despersonalización y efectos negativos sobre el bienestar de los/as usuarios/as (Miravent et al., 2012). No cabe duda de que la presión de trabajo y de tiempo de los profesionales en estos contextos, las limitaciones en su formación y, en definitiva, la falta de recursos humanos y materiales, son factores que pueden explicar en gran medida esta tendencia.

Numerosos estudios documentan **la necesidad y los efectos positivos de atender a las personas mayores institucionalizadas desde un modelo de atención centrado en la persona** (ACP; Kitwood y Bredin, 1992), que tiene en cuenta los aspectos biológicos, pero también psicológicos y sociales, y que supone atender a la unicidad de cada persona, a su constelación única de necesidades (de confort, de identidad, de apego, de ocupación con significado y de inclusión o pertenencia). El modelo ACP permite mirar a las personas con demencia desde una perspectiva que se ha denominado modelo enriquecido de la demencia (Brooker, 2007), que plantea que entender a la persona y su comportamiento desde la consideración de su historia de vida o biografía, su bienestar integral, su personalidad y las características de los diferentes contextos en los que desarrolla su vida (para más información sobre el modelo ACP, ver Martínez, 2019 y Rodríguez (Coord.), 2014).

El modelo ACP ha facilitado el desarrollo del Dementia Care Mapping el Dementia Care Mapping (DCM; Bradford Dementia Group, 2005), instrumento de medida observacional que permite evaluar el grado de implantación de prácticas asistenciales centradas en la persona en centros para personas con demencia. El DCM permite recoger información sobre cuatro aspectos diferentes de los comportamientos frecuentemente observados en las residencias:

- a) naturaleza del comportamiento: activo/pasivo, diversidad ocupacional, el implicación positiva versus pasiva (cuando el contexto no ofrece suficiente estimulación para la implicación activa), niveles de agitación y angustia o niveles de abandono/desvinculación/ desconexión del entorno, entre otros;
- b) bienestar /malestar emocional verbal y no verbal del residente;

- c) potenciadores o bloqueadores de las necesidades personales (confort, identidad, apego, ocupación e inclusión) que se observan en las interrelaciones entre el personal del centro y los residentes; y
- d) indicadores de calidad de vida: potencial de implicación positiva (IPO), diversidad ocupacional (DO), grado de agitación y angustia (AGI), abandono (ABA) y la implicación pasiva (IPA) (para una descripción más detallada, ver Miravent et al., 2012). El DCM tiene la gran ventaja de servir como un “espejo” para la dirección y el personal del centro, ya que les devuelve la información en relación con el grado en el que están aplicando adecuadamente el ACP y los cambios que deben hacerse, tanto a nivel grupal como individual.

A nivel internacional (países nórdicos y Estados Unidos, fundamentalmente), diferentes estudios documentan los beneficios de la aplicación del modelo ACP en forma de incrementos de la calidad de vida y bienestar psicológico (p.ej., Chenoweth et al., 2019; Cornelison et al., 2019) o mejora de la función cognitiva y reducción de los SPCD de las personas con demencia residentes en centros de cuidados de larga duración (Lee, Lee & Kim, 2022).

En nuestro país, **España**, a pesar de esta evidencia aportada por estudios internacionales, todavía queda mucho trabajo para su plena implantación en nuestro país. Parece, pues, que este nuevo modelo de atención se encuentra en fases iniciales de desarrollo, si bien con experiencias a nivel nacional con resultados positivos (Martínez Rodríguez, 2013), como son el proyecto “Extean Ondo” en el País Vasco con (p.ej., Díaz-Veiga et al., 2014), el proyecto “En mi casa” en Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2015), y el proyecto “Tú decides cómo envejecer” en Cataluña (i Luque etg al., 2021).

Este cambio de paradigma en relación a los cuidados de larga duración implica también, pues, transformar el modelo de centro residencial desde una concepción de este como meramente asistencial hacia un modelo de centro como hogar o unidades de convivencia (housing), en las que se ofrezca a las personas la atención integral que necesitan en un espacio lo más parecido a una casa. Como experiencias internacionales investigadas cabe citar la alternativa Edén, las Green Houses o el modelo Wellspring (para revisiones, ver Anderson et al., 2014; Petriwskyj et al., 2016). En general, los estudios documentan cierta tendencia a encontrar resultados positivos de estas experiencias, si bien muchos de ellos aportan resultados mixtos. No cabe duda de que implantar el modelo ACP y el nuevo paradigma de centro residencial no es tarea fácil, y son muchos los desafíos y obstáculos a los que se enfrenta esta corriente. Estas dificultades podrían explicar, en parte, los resultados mixtos encontrados. Para que este nuevo paradigma consiga implantarse con éxito, su filosofía debe ser acogida de forma coherente por todos los protagonistas del escenario: gestores y directores de los centros, personal de los mismos, familias y residentes y, por supuesto, las instituciones políticas y administrativas. Sin el amparo de estas últimas no será posible realizar la necesaria investigación para confirmar sus resultados positivos y avanzar de cara a que este modelo llegue a implantarse de forma estable. Como plantean Díaz-Veiga et al., (2016), el modelo ACP es de gran complejidad y multidimensionalidad, y el “cambio cultural” asociado a esta transformación en nuestro modelo de atención es un proceso enormemente complejo en el que han de colaborar diversos agentes y el que se han de orquestar de forma progresiva diferentes intervenciones

en entornos o espacios diferenciados en cuanto a sus características físico-arquitectónicas, organizativas, dotación de personal auxiliar y formación del mismo, equipos técnicos, etc.

4. Pautas básicas contra la discriminación de las personas mayores con problemas de salud mental

Para terminar, se formulan unas conclusiones a modo de pautas o recomendaciones para seguir en la lucha contra la discriminación de las personas mayores en salud mental. En este sentido, consideramos necesario:

- Potenciar la **investigación** epidemiológica y de las experiencias de las personas mayores en contextos de salud, garantizando una mayor representatividad de los distintos perfiles de personas mayores, de cara a poder conocer y comprender mejor sus problemas de salud mental y las necesidades de atención y recursos asociadas a estos.
- Incrementar la **conciencia social** sobre los efectos discriminatorios de las creencias edadistas (y autoedadistas) y las prácticas y consecuencias derivadas de estas en muchos profesionales de atención a la salud mental de las personas mayores y en las propias personas mayores, a saber: normalización de síntomas significativos que lleva al infradiagnóstico, infrarrepresentación de las personas mayores en los estudios y ensayos clínicos, sobremedicación y consumo crónico de psicotrópicos, habla/trato paternalista y falta de tratamiento adecuado.
- Abordar de forma urgente e implementar soluciones para la dramática situación de **sobremedicación** y consumo cronificado de fármacos prescritos ante problemas de salud mental a las personas mayores.
- Multiplicar los recursos para incrementar la disponibilidad y accesibilidad de las personas mayores a **intervenciones de tipo psicológico** (no farmacológicas) como la terapia cognitivo-conductual, que han demostrado claramente su eficacia para tratar problemas de salud mental, y potenciar la investigación sobre la eficacia/eficiencia de intervenciones psicosociales en el contexto comunitario, que, si bien empiezan a ser respaldadas por la evidencia empírica, todavía necesitan de un mayor respaldo.
- Mejorar la capacidad para identificar (y autoidentificar) la aparición de **estereotipos en los profesionales** y para neutralizar su influencia en la práctica profesional.
- Incrementar la **formación específica en gerontología y geriatría** de los profesionales de atención a la salud mental de las personas mayores e incrementar, en general, los recursos humanos especializados en estos contextos.
- Potenciar la investigación sobre la eficacia y eficiencia de la implementación del **modelo centrado en la persona** en los centros residenciales y el nuevo paradigma de centros de atención de larga duración, para avanzar en la línea de incrementar la disponibilidad y accesibilidad de las personas mayores que necesitan cuidados a una atención integral de calidad, respetuosa con sus derechos y sensible a sus necesidades y preferencias.

Ideas básicas del Capítulo VII

- El edadismo, manifestado por otras personas o por uno mismo, se asocia con problemas de salud mental en las personas mayores.
- Las creencias edadistas y autoedadistas explican en gran medida la existencia de claras limitaciones y desafíos de los estudios epidemiológicos sobre salud mental en personas mayores: escasa participación en estudios, infradiagnóstico de trastornos psicológicos, normalización o atribución a la edad de síntomas y comportamientos clínicamente significativos, etc.
- El edadismo está presente en muchos/as profesionales de la salud mental, así como en muchas personas mayores con problemas psicológicos, y se asocia con consecuencias adversas en relación con la adecuación del tratamiento.
- El edadismo se asocia a la extendida tendencia entre los profesionales sanitarios a prescribir fármacos como primera opción de tratamiento a las personas mayores, a pesar de que la evidencia empírica demuestra la eficacia de tratamientos psicológicos como la terapia cognitivo-conductual, y comienza a sugerir la efectividad y eficiencia de tratamientos psicosociales basados en la comunidad.
- La dramática situación de sobremedicación (polifarmacia) y consumo cronificado de psicofármacos (con los efectos adversos documentados de los mismos) en la que se encuentra una proporción progresivamente mayor de personas mayores es una cuestión urgente de salud pública que debemos abordar como sociedad.
- Es necesario incrementar la formación especializada en gerontología y geriatría de los profesionales sanitarios e incrementar la presencia de profesionales de la psicología con especialización en salud mental de personas mayores en ámbitos de salud.
- Los procesos discriminatorios asociados al edadismo son especialmente visibles en contextos de cuidados de larga duración, en relación a los cuales es necesario un cambio de paradigma hacia una atención más centrada en la persona (modelo ACP) y residencias que ofrezcan un espacio más cercano a la experiencia de hogar o unidades de convivencia, en las que reciban un trato más digno, humano y puedan seguir desarrollando sus proyectos de vida con pleno ejercicio de sus derechos.

Capítulo VIII

**SUJECCIONES Y CONTENCIONES
FÍSICAS Y QUÍMICAS EN
LAS PERSONAS MAYORES:
DETRACTORES DE SALUD**

Sacramento Pinazo-Hernandis
Profesora Titular de Psicología Social
Universitat de València

1. Introducción

- 1.1. Uso de contenciones en los cuidados
- 1.2. Envejecimiento con enfermedades neurodegenerativas

2. Sujeciones o contenciones

- 2.1. ¿Por qué y para qué se usan?
- 2.2. Prevalencia, causas y consecuencias

3. Sujeciones o contenciones físicas o mecánicas

- 3.1. ¿Qué son las sujeciones físicas y por qué no se deben usar?
- 3.2. Prevalencia, causas y consecuencias

4. Sujeciones químicas o farmacológicas

- 4.1. ¿Qué son las sujeciones químicas y por qué no se deben usar?
- 4.2. Prevalencia, causas y consecuencias

5. Cuidar sin atar

Este capítulo versa sobre los cuidados a personas mayores en situación de dependencia y el uso y abuso de sujeciones tanto físicas o mecánicas como químicas o farmacológicas. Habla de los factores de riesgo, las razones que llevan al uso de sujeciones, qué legislación aplica, y qué programas existen actualmente en España para ayudar a desatar. Las sujeciones o contenciones solo se usan con personas con graves problemas de salud mental y a personas mayores, por lo que suponen una discriminación, desempoderamiento, coerción, exclusión social, injusticia y una grave vulneración de derechos.

1. Introducción

Cuando la discriminación es por edad (edadismo) se refiere a los estereotipos y la conducta discriminatoria contra personas, por la edad que tienen. Abarca un componente cognitivo que se relaciona con lo que pensamos sobre el envejecimiento (es decir, las actitudes hacia la edad, la vejez y el proceso de envejecer) y lo que pensamos sobre los diferentes grupos de edad (es decir, los estereotipos basados en la edad); un componente afectivo relativo a lo que sentimos sobre el envejecimiento y sobre los diferentes grupos de edad (es decir, los prejuicios); y un componente conductual, que comprende la discriminación por motivos de edad o el trato diferencial e injusto basado en la edad. A pesar del reconocimiento de que toda persona de cualquier edad puede experimentar edadismo, en este capítulo se describirán acciones discriminatorias que ocurren en personas mayores y en concreto, en personas mayores en situación de dependencia que precisan cuidados.

La discriminación por edad, el trato injusto, el maltrato y la negligencia producen problemas de salud. Una reciente revisión sistemática del impacto de la discriminación en las personas mayores reveló que el edadismo tiene un efecto adverso en la salud de las personas y esto lo encontraron en el 95% de los 422 estudios revisados por Chang et al. (2020); pero también la discriminación por edad se produce en el acceso a los cuidados de salud o en el cuidado de salud que se recibe.

Envejecer con enfermedades crónicas es muy común; aproximadamente el 80% de los adultos mayores padecen problemas de salud de larga duración que pueden no tener cura. A menudo la cronicidad solo requiere una supervisión o control sanitario periódico; otras veces, precisa una medicación diaria; y en otras ocasiones, se necesitan muchos cuidados. El Dictamen del Comité Económico y Social Europeo para la Estrategia Europea para las personas mayores (SOC/757) dice que las personas mayores son un colectivo que el envejecimiento aumenta la exposición a la discapacidad y el riesgo de tener una situación de dependencia. El 48,5% de las personas con discapacidad son mayores de 65 años, y la discapacidad y dependencia aumentan con la edad, siendo mayor para las personas de más de 85 años, según datos del SAAD-IMSERSO.

1.1. Uso de contenciones en los cuidados

Desde la Antigüedad se han utilizado restricciones físicas para controlar el comportamiento de personas con enfermedad mental. Se les consideraba “poseídas por espíritus diabólicos”. Era habitual el uso de cadenas para inmovilizar y también era frecuente la aplicación de azotes o inmersiones en agua helada, entre otras torturas y vilezas. A comienzos de 1400 se retiraron las cadenas y se empezaron a utilizar como medidas terapéuticas el ejercicio, la higiene, la dieta, el trabajo y el buen uso del ocio. Y fue en Valencia a partir de la construcción del *Hospital dels Folls, Orats i Ignoscents: folls* (aquejados de psicopatías), *orats* (los que habían perdido la razón, con demencias), *ignoscents* (personas con discapacidad intelectual), a instancias del Padre Jofré, cuando se construye el primer hospital psiquiátrico para enfermos mentales y “dementes”.

Pero en los siglos XVI y XVIII en toda Europa se produjo un abandono del cuidado de las personas con enfermedad mental. Los recursos asistenciales eran muy escasos, los pacientes más violentos eran encerrados en mazmorras y a los más tranquilos se les abandonaba en la calle. Los psiquiatras de aquellos tiempos recomendaban las ataduras como medida básica para el control de la conducta en los manicomios. Se inventó la

famosa camisa de fuerza para “humanizar la asistencia”, pues al menos permitía la deambulaci3n. En algunos manicomios admitían el uso de castigos corporales (como la silla tranquilizadora, una silla con ataduras en abdomen, brazos y piernas).

En el **siglo XIX en Inglaterra un grupo de psiquiatras decidió unirse para la reducci3n de la contenci3n de los pacientes, proponiendo que la sujeci3n deba aplicarse siempre bajo unos requisitos:** solo a partir de una orden m3dica, de forma intermitente, y siempre registrando la causa y duraci3n, por escrito. Aquellos psiquiatras recomendaban las habitaciones acolchadas para los enfermos m3s violentos, en unos cuidados m3s humanizados, comenzando una 3poca de nuevas normas legales y m3s respeto. Pero hasta el siglo XX no se publicaron guías de cuidados para la correcta aplicaci3n de restricciones f3sicas en España.

Con el descubrimiento de los fármacos antipsic3ticos y psicotr3picos (1952) que permitían un mayor control de la conducta de los pacientes psiquiátricos -que hasta la fecha eran sujetos en sus estados de agitasi3n-, se redujo el uso de contenciones f3sicas. Tambi3n ayudaron la Declaraci3n Universal de los Derechos Humanos (1948), los Principios para la protecci3n de los enfermos mentales (1991), o el Libro Blanco del Comit3 de Bio3tica del Consejo de Europa sobre protecci3n de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental (2000).

Han pasado ya años pero **en pleno siglo XXI sigue siendo bastante com3n el uso de sujeciones y contenciones en los cuidados a las personas.** Las sujeciones, seg3n dicen algunos profesionales, dan seguridad y tranquilidad a quien cuida, pues sabe que si no puede estar pendiente de la persona cuidada, no se marchará de donde est3... porque no puede; pero tambi3n causan muchos problemas. Es m3s: causan m3s problemas que beneficios ofrecen.

1.2. Envejecimiento con enfermedades neurodegenerativas

Todos envejecemos de manera diferente. En t3rminos de cambio, continuidad y desarrollo, hay m3s diferencias entre las personas mayores que entre la gente m3s joven. Comprender por qu3 algunas personas son m3s resistentes a las enfermedades y al declive funcional, e identificar maneras de permanecer saludables son retos del futuro.

Seg3n la OMS, la buena salud es vital para el mantenimiento de una calidad de vida aceptable en las personas mayores y para garantizar sus contribuciones continuas a la sociedad. El concepto de envejecimiento activo, junto con otros conceptos que son cercanos (no iguales) como envejecimiento saludable y envejecimiento exitoso, ha sido promovido activamente por la OMS y anima a las personas mayores a envejecer mientras mantienen las actividades f3sicas, y sociales a lo largo de toda la vida.

Son muchas las enfermedades neurodegenerativas, y la incidencia y prevalencia de muchas de ellas es mayor conforme aumenta la edad. Entre las enfermedades neurodegenerativas se encuentran las demencias, el Parkinson, la esclerosis m3ltiple y la esclerosis lateral amiotr3fica.

La demencia es actualmente la enfermedad neurodegenerativa m3s prevalente y la principal causa de dependencia en personas mayores de 65 años. A nivel general, la demencia afecta alrededor de un 5-8% de la poblaci3n mundial mayor de 60 años, porcentaje que aumenta progresivamente conforme avanza la edad, tal y como

detallaremos a lo largo de este capítulo. En España, estudios poblacionales recientes muestran que padecen esta patología entre el 5,5-5,8% de las personas mayores de 65 años y entre el 8,5-9,4% en los mayores de 70 años. En 2015 había alrededor de 47 millones de personas con demencia en el mundo y, de acuerdo con las proyecciones de población, si la prevalencia de demencia actual se mantiene constante, en el año 2050 habrá alrededor de 130 millones de personas (Garre-Olmo, 2018). Las previsiones que se hacen sobre la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial indican que en el año 2030 habrá unos 74,7 millones de personas con demencia y en 2050 habrá 131,5 millones de personas afectadas por algún tipo de demencia, mientras que en 2015 eran 46,8 millones de personas con esta patología. Los estudios muestran mayores tasas de demencia en las mujeres. Por ejemplo, el Informe de la Asociación Alzheimer Europe (2018), señaló que **la incidencia de mujeres con demencias en 2018 en España duplicaba a la de los hombres** (580.758 mujeres frente a 271.984 hombres). El mismo panorama se encuentra a nivel europeo donde también son más las mujeres afectadas por la demencia (6.650.228 mujeres frente a 3.130.449 hombres).

A menudo y relacionados con la demencia, se presentan Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a la Demencia (SPCD), que son un conjunto heterogéneo de alteraciones de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que se dan en las personas con diagnóstico de demencia. Siguiendo la clasificación ofrecida por Cummings et al. (1994) se consideran SPCD: ansiedad, depresión, delirios, alucinaciones, irritabilidad, apatía, euforia, conducta motora aberrante, problemas de sueño, problemas de alimentación, desinhibición y agitación. En los últimos años, **estas conductas han tomado especial relevancia ya que suponen cambios y problemas para las personas con demencia y para su entorno sociofamiliar** causando pérdida de funcionalidad y autonomía, su nivel de dependencia, y supone, una mayor sobrecarga en los familiares o cuidadores principales. De hecho, **son la principal causa de institucionalización de la persona mayor** y muy frecuentemente se tiende a prescribir sujeciones o psicofármacos para paliar estas conductas disruptivas sin tener en cuenta los efectos que suponen para la persona. Los SPCD son muy prevalentes y pueden afectar entre un 60-90% de las personas con demencia durante todo el transcurso de la enfermedad. Los hallazgos de un estudio realizado en España con personas que vivían en residencias, concluyeron que un 72,6% de personas con demencia presentaban algún SPCD. En un estudio realizado por Pinazo-Hernandis, et al (2021), con una muestra de 450 personas mayores que vivían en residencias, se observó que un 69,8% de ellas presentaba por lo menos un SPCD.

Todos estos SPCD aumentan las exigencias en el cuidado de las personas con demencia. **Si no hay suficientes profesionales y no conocen cómo hacer un correcto manejo de estas alteraciones conductuales, una de las respuestas más frecuentes que se hace es administrar una sujeción química o física.** Por ejemplo, uno de los SPCD es la deambulacion errática o tendencia a caminar sin un aparente rumbo determinado. Esta conducta no tiene por qué generar malestar a la persona pero requiere de un buen control del entorno para hacerlo seguro y así evitar que la persona corra peligro. Sin embargo, en personas que viven en su domicilio, debido al escapismo y al control que deben tener sobre ellos sus cuidadores es una conducta que causa mucho estrés y puede llevar al abuso de medicación (sujeciones químicas) y precipitar la institucionalización.

2. Sujeciones o contenciones

2.1. ¿Por qué y para qué se usan?

La RAE define el término “contener” como el hecho de sujetar el movimiento de un cuerpo. Por su parte, la OMS define la contención mecánica o física como “la restricción de movimientos mediante cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo conectado o adyacente al cuerpo de la persona, que él o ella no puede sacar fácilmente”.

El Comité de Bioética de España (2016: 2) aporta un concepto amplio de contenciones físicas y farmacológicas, entendidas como medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento. Y dice:

El debate sobre su uso tanto en el ámbito social como el sanitario, la idoneidad de sus indicaciones y las condiciones de la práctica del procedimiento es efectivamente trascendente, tanto por la frecuencia de su uso en determinadas circunstancias como por afectar directamente a derechos fundamentales como la libertad del individuo y al respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal.

Una **contención** es cualquier método, aplicado a una persona, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no es fácil de quitar (Burgueño, 2013). La contención se refiere a una **medida de control del comportamiento a través de una limitación externa al sujeto ejercida por terceros bien a través del cuerpo (mecánica), bien a través de la sedación (farmacológica)**. La contención supone un confrontamiento ético entre el principio de autonomía, por la limitación de la libertad de la persona en contra de su voluntad, y la intención de protección, a la persona que vive en un centro. Las razones de seguridad y protección que podrían justificar la utilización, se ven desplazadas por una concepción que sitúa a la persona, su voluntad, sus deseos, y sus preferencias en el centro de su cuidado. La contención supone una sobreprotección.

Las sujeciones tienen muchas **consecuencias físicas y psicológicas**. A menudo se ponen sujeciones con el objetivo de reducir caídas, pero luego la persona tiene más posibilidad de caer porque ha perdido fuerza muscular, y equilibrio, daños asociados a haber estado tanto tiempo inmovilizado. Las sujeciones farmacológicas tienen como objetivo disminuir el nivel de conciencia, se utilizan para los síntomas tratables psicóticos y para los síntomas no tratables que son los trastornos de conducta y tienen muchos efectos secundarios que también hay que tener en cuenta sus consecuencias: la rigidez, la muerte súbita, incluso, más probabilidad de accidentes cerebrovasculares.

Pero esto es *cuidar mal*, pues supone poner una sujeción farmacológica o física cuando debería ofrecerse un tratamiento no farmacológico. Entre un 50-80% de las personas con demencia presentan trastornos conductuales y entre el 30-70% presenta dos o más síntomas psicológicos y conductuales, relacionados con la demencia. Pero **las personas con demencia no son pacientes psiquiátricos; no tienen problemas de salud mental**. Tienen otra enfermedad que es cognitiva. La Sociedad Americana de Geriátrica publicó un documento muy interesante, denominado “Las cinco cosas que los médicos y los pacientes deberían cuestionarse para reflexionar”, donde dice, entre otras cosas: “No utilizar los

antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los problemas conductuales”; “Alejaros de cualquier restricción física para manejar los problemas conductuales de personas hospitalizadas con delirio”.

Además, el uso de sujeciones para su aplicación sanitaria entraña importantes problemas éticos y legales que hay que conocer. Su manejo inadecuado puede significar éticamente un atentado contra los principios de autonomía, justicia, beneficencia, el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad del paciente, y legalmente una agresión a la persona y retención indebida, entre otras cosas.

El Centro por la Justicia Democrática de EE.UU. dice: “Uno a dos millones de personas mayores de 65 años son maltratadas en EE.UU. El 70% de esas conductas de maltrato son prevenibles, no deberían haberse producido y podrían no producirse”. Cuidar mal significa no tratar adecuadamente a las personas, y en este caso, hablamos de discriminarles en los cuidados de salud por la edad que tienen. **Una de los aspectos básicos de cuidar bien es eliminando las sujeciones físicas y psicológicas.** Hablamos, pues, de un cambio en la cultura de los cuidados.

2.2. Prevalencia, causas y consecuencias

España es uno de los países con mayor prevalencia de uso de sujeciones del mundo. **Un 25% de las personas que viven en residencias tienen pautado algún tipo de contención mecánica** y eso afecta un 60% en el caso de personas que viven en residencias y tienen deterioro cognitivo diagnosticado. Dichos datos varían entre centros, pues pueden ir desde el 0% (centros libres de sujeciones) al 90%. El hecho de sufrir demencia incrementa hasta el 60% de las personas con limitación de movimiento.

Con respecto a esto el Comité de Bioética de España (2016:4) dice:

La realidad es que tenemos escasos datos globales, actualizados y debidamente estandarizados de uso de contenciones en España. Así, según la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores, se aprecia una gran variabilidad en las residencias geriátricas, desde un 7% hasta un 90%. Sabemos también por otras fuentes que es una situación muy frecuente en los centros residenciales de personas mayores en nuestro país, y al respecto podemos encontrar informes en los que, en el transcurso de tareas de inspección, se detectan un gran número de personas físicamente sujetadas de manera permanente, alcanzando cifras cercanas al 40% de los residentes, apreciando que la mayoría de ellos padece algún tipo de demencia.

Son **factores de riesgo** para que a una persona se le apliquen sujeciones físicas: tener deterioro funcional físico, tener deterioro cognitivo, tener edad avanzada, ser mujer, tener SPCD, tener riesgo de caídas, tener desarraigo familiar, que los profesionales tengan poca formación e inadecuada o nula formación en los programas de retirada de sujeciones.

¿Cuándo y donde se usan las sujeciones? Pues la verdad es que se usan dondequiera que se cuide a una persona mayor en situación de dependencia y especialmente a una persona con enfermedad de Alzheimer, o cualquier demencia de otra causa: en hospitales, en domicilios, en centros de día, en residencias. En los servicios de urgencias, frecuentemente se utiliza la contención física en los pacientes agitados como medida de protección y seguridad para el mismo, además de para el personal y los familiares. Muchas veces se

realiza sin su consentimiento y en contra de su voluntad, lo que significa una privación de su libertad, hecho que conlleva dilemas éticos legales. La inmovilización terapéutica es una medida de protección que requiere indicación médica y por lo tanto, si no se aplica adecuadamente, puede conllevar diversos problemas.

El uso de sujeciones suele venir determinado por la disponibilidad de personas para cuidar, supervisar o atender a las personas en situación de dependencia. En las residencias las sujeciones físicas se usan más en los momentos de más trabajo del personal de atención directa, es decir, durante el momento de ayudar a una persona a que se levante de la cama, en el momento de desayunar, comer o cenar, y en el momento de ayudar a acostar a las personas, y en general durante toda la noche, pues suele haber menos dotación de personal en el horario nocturno. Según el documento técnico Cuidado sin sujeciones 2023, de la SEGG:

(El uso de sujeciones se produce)... cuando hay escaso control o supervisión, con fines ajenos a la protección del paciente, para conseguir objetivos organizativos o ambientales del entorno, el cumplimiento de los horarios rutinarios de las instituciones, así como para evitar la supervisión continua de las personas deambuladoras erráticas.

¿Y dónde se usan las contenciones? Se usan sujeciones sobre todo en la cama, en los comedores y salas de estar, donde puede estar la persona y cuando no puede haber profesionales que supervisen y velen por el bienestar de las personas. Se relaciona el uso de sujeciones físicas o mecánicas, por tanto, con deficiencias (pocos profesionales, ratio insuficiente, poca formación especializada) de los centros y organizaciones, más que con las condiciones funcionales o físicas o cognitivas de las personas.

Hay diferentes tipos de contenciones o sujeciones: contenciones ambientales, físicas o mecánicas y contenciones químicas o farmacológicas.

Las medidas de restricción ambiental buscan parar una conducta disruptiva, un estado de agitación psicomotriz recluyendo a la persona en un lugar seguro en el cual no puede salir libremente. La persona queda encerrada.

Sobre las sujeciones físicas y químicas nos detendremos algo más en los siguientes epígrafes de este capítulo.

3. Sujeciones o contenciones físicas o mecánicas

3.1. ¿Qué son las sujeciones físicas y por qué no se deben usar?

La contención mecánica o física es una medida terapéutica que debe ser excepcional. Va dirigida a la inmovilización parcial o generalizada del cuerpo y el objetivo es garantizar su seguridad y la de los demás. Se busca la restricción de movimiento del cuerpo de la persona para prevenir autolesiones o lesiones a otras personas o daños destrozado de equipos, mobiliario, y objetos. Es una **medida de último recurso**, quiere decir esto que solo está justificada siempre que otros métodos como la contención verbal, ambiental y farmacológica, hayan fracasado o no sean aplicables.

Una sujeción física o mecánica es la intencionada limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo,

con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.

Son ejemplos de contenciones físicas los cinturones (abdominal o pélvico), los chalecos (torácico o integral), las manoplas, las tobilleras, las muñequeras y tobilleras, las barandillas de cama o barras laterales, las mesillas incorporadas a la silla de ruedas, dispositivos textiles que sujetan y limitan el movimiento (ropas o sábanas ajustables a la cama –habitualmente con velcro–, cierres o cremalleras que solo dejan libre una o varias partes del cuerpo (cabeza). Incluso, pueden actuar como contención las sillas de ruedas frenadas delante de una mesa, es decir, la disposición de cualquier mobiliario si lo que busca es la restricción, limitación o dificulta la movilidad.

En el caso de que sea precisa una actuación en situación de urgencia y en contra de la voluntad de la persona, es necesario que los profesionales que realicen esa técnica tengan el suficiente conocimiento para actuar sin agravar la situación potencialmente peligrosa, sin hacer daño a la persona, y siempre respetando los derechos fundamentales. Se trata, por tanto, de una *medida excepcional que debe aplicarse en casos puntuales y su duración debe ser lo más breve posible, así como en las condiciones óptimas para la persona*. Su indicación solo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, y es, por tanto, el último recurso terapéutico, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar su libertad.

Según la OMS, la contención física es un método *extraordinario, no habitual, esporádico, puntual*, con finalidad terapéutica que, según todas las declaraciones sobre derechos humanos referentes a psiquiatría, solo resultará tolerable ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente e inmediata para la vida o la integridad física de la persona o de terceros y que no puedan ser atendidos por otros medios terapéuticos. Su decisión provendrá de personal, sanitario, autorizado y competente, que lo entregará con buen criterio. Cuando se utilicen sujeciones se debe usar instrumental de sujeción homologado por la legislación vigente (materiales, elementos, dispositivos); el uso correcto y adecuado de ese material debe ser conocido por todos los profesionales del centro y estar ubicado en un lugar accesible.

La contención sitúa a la persona en una posición de alta dependencia, vulnerabilidad y riesgo y por ello, es preciso atender sus necesidades básicas con prontitud (higiene corporal, alimentación, hidratación, eliminación, mantenimiento de la temperatura corporal). En el caso de usar contenciones los profesionales de enfermería deben programar una vigilancia continuada: vigilancia intensa (cada 15-20 minutos), vigilancia moderada (cada hora), vigilancia leve (cada dos horas).

3.2. Prevalencia, causas y consecuencias

No hay datos claros de la prevalencia de sujeciones físicas o mecánicas en residencias y menos aún en cuidados en domicilio. En las residencias, las diferentes normativas suelen exigir que se registre el uso y se documenten las razones que las justifican. En el domicilio esto no se puede hacer, no hay control posible. Algunos estudios hablan de hasta un 70%, pero podría ser más, sobre todo en el caso de personas con demencias. Pero no existe ningún informe sobre el uso de contenciones en los domicilios.

Las características de los centros y el perfil de las personas que allí viven, es muy variado (hay centros psicogeríatricos, centros especializados en demencias, centros con población más o menos frágil, con diferentes ratios de personal pues hay 17 normativas vigentes). Sea cual sea el porcentaje de personas con sujeciones, es alto, pues lo cierto es que nadie debería llevarlas.

Pese a todo esto, **la realidad es que el uso de contenciones físicas con personas mayores es muy frecuente y habitual para fines que no son recogidos en su definición, como el de evitar caídas o manejar SPCD.** Y, además, no existe ninguna evidencia científica a favor de las sujeciones para manejar el riesgo de caídas. No deben utilizarse las contenciones por simple conveniencia del equipo o para su descanso ni tampoco cuando el episodio puede solucionarse con medidas alternativas como contención verbal; tampoco deben usarse si no hay profesionales adecuadamente entrenados para llevar a cabo los cuidados y menos aún como método punitivo y coercitivo. Las contenciones no son una forma de solucionar la falta de profesionales que atienden a los cuidados ni siquiera en situaciones de alta carga de trabajo asistencial.

Para el manejo de contención y sujeciones en los centros sanitarios **debe haber un protocolo de uso en el centro, una correcta prescripción clínica, y un consentimiento informado.** En el caso de las sujeciones, se requiere siempre consentimiento informado documentado, previo de la persona o su representante, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública, o que se trate de urgencia vital. Se procederá a aplicar la medida sujeción solo si es imprescindible y se solicitará posteriormente con la mayor prontitud posible, el consentimiento informado sus representantes legales o en su defecto, a los familiares (consentimiento coetáneo o a posteriori). El documento de consentimiento informado deberá reflejar los efectos negativos y también los positivos de la aplicación de cada sujeción pautada, así como el motivo del tipo y la duración de la misma. Cada sujeción prescrita debe contar con su correspondiente consentimiento informado.

La contención mecánica puede **vulnerar un derecho fundamental, la libertad personal,** cuya restricción solo se entendería cuando el beneficio para el paciente sobrepasara el perjuicio que esta limitación pudiera causar (autonomía versus beneficencia). Estos derechos que la bioética reconoce como principio de autonomía y derecho al respeto de la dignidad se encuentran protegidos por la Constitución española en sus artículos 17.1 y 18.1, por la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y también en el Convenio de Oviedo para la Protección de los Derechos y la Dignidad del ser humano. En toda intervención terapéutica existe obligación legal de documentar la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente y también de obtener el consentimiento informado (artículos ocho y nueve de la ley 41/2002, de 14 de noviembre). El paciente debe participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso asistencial.

Desde una **perspectiva moral,** para que la sujeción mecánica sea aceptable, debe requerir ciertas condiciones: respetar la dignidad de la persona, privacidad y acondicionamiento del entorno; información adecuada de procedimientos familiares o representantes del paciente y si es posible previamente al inicio; prolongación no más allá de lo imprescindible; adaptación de un protocolo intentado en el centro.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la contención física es un procedimiento de urgencia, utilizado en situaciones de agitación psicomotriz, no controlables “mediante

otros métodos”. Por ello, es habitual que la solicitud de consentimiento informado previo a veces sea improcedente o no sea posible tenerla a tiempo. Por la misma razón, esperar a que la familia firme su consentimiento previo en muchas circunstancias no es posible.

¿Qué consecuencias tiene el uso de sujeciones? Citaremos solo algunas de ellas:

- A **nivel físico**, pérdida de la funcionalidad del sistema osteomuscular, pérdida de fuerza, de tono muscular, alteraciones de la cutáneas, comprensión de órganos internos, dolor, deterioro de la estabilidad para la deambulación (equilibrio), incontinencia fecal y urinaria, estreñimiento, impactación fecal, úlceras por presión, tromboembolismo, neumonía hipostática, mayor riesgo de infecciones nosocomiales, reducción del apetito, desnutrición, deshidratación, hipotensión, alteraciones sensoriales por el aislamiento del entorno, interrupción de la circulación sanguínea, inflamación o edemas en extremidades, cianosis e isquemia, hematomas, luxaciones y fracturas, riesgo de erosiones, laceraciones, desgarros, accidentes, estrangulamiento, asfixia, con el propio dispositivo utilizado, alto riesgo de atrofia muscular, síndrome de inmovilidad, e incluso riesgo de muerte súbita.
- A **nivel psicológico**: miedo, aumento de la agitación, estrés, pérdida de autonomía y pérdida de la autoestima, aislamiento social, astenia, trastornos afectivos (ansiedad, depresión), inquietud, agitación, irritabilidad y agresividad.

Los principios básicos que han de orientar la utilización de contenciones en unidades psiquiátricas o de salud mental y en centros residenciales y/o sociosanitarios serán los de **cuidado, excepcionalidad, necesidad** apreciada por prescripción facultativa, **proporcionalidad, provisionalidad** y prohibición de exceso, constituyendo el reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona el eje vertebrador en la interpretación de toda esta materia.

El respeto a la dignidad, la libertad y la promoción de la autonomía de la persona, implica que todo procedimiento de restricción debe estar precedido por un intento de contención verbal u otras estrategias menos invasivas, y posteriormente registrado para una evaluación por el equipo terapéutico en relación con las causas de su fracaso. Conviene, en todo caso, remarcar la importancia de actuaciones preventivas o anticipatorias (sobre el entorno, con cuidados específicos y adaptados, etc.), frente a las reactivas.

Para Pepe Pascual, socio-fundador de Dignitas Vitae, Programa Cuidados dignos dice: “Eliminar las sujeciones no es dar alternativas, es cambiar de cultura y de conceptos”.

4. Sujeciones químicas o farmacológicas

4.1. ¿Qué son las sujeciones químicas y por qué no se deben usar?

Los fármacos o medicamentos son compuestos químicos que se usan para controlar, curar o reducir síntomas de enfermedades. Pastillas, inyectables, jarabes, gotas, pomadas, parches, inhaladores, sus formas son muy variadas y las dosis se deben ajustar a la enfermedad y al paciente. Existen fármacos con capacidad sedativa que actúan a nivel del sistema nervioso central. Entre ellos se encuentran: las benzodiazepinas (Diazepam, Clonazepam, Bromazepam) y los antipsicóticos (Clorpromazina, Levomepromacina,

Risperidona). Las benzodiazepinas, por ejemplo, son medicamentos del tipo psicotrópico y sintético, o sustancia psicoactiva, es decir que tienen un agente químico que actúa sobre el Sistema Nervioso Central y producen cambios temporales en la percepción, estado de ánimo, estado de conciencia, y comportamiento. Son usados en medicina para tratar problemas de ansiedad, estrés o el insomnio; actúan sobre y tienen efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, y amnésicos también se utilizan como relajante muscular. Se debe controlar la dosis y vigilar su eficacia, revisando el tratamiento al cabo de unas semanas. No hacerlo constituye una negligencia médica. Suelen causar tolerancia, dependencia y adicción.

Pero a veces se usan los fármacos con un objetivo diferente a su correcto uso médico. Se entiende por sujeción o contención química el uso inadecuado de drogas psicotrópicas sedantes, o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta que puede resultar molesta (p.ej.: vagabundeo en las personas con demencia), y que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. En general, se entiende por sujeción química el uso de medicamentos tranquilizantes para manejar una conducta (que no es maligna) que tendría un tratamiento mejor, como por ejemplo, una terapia no farmacológica (uso terapéutico de la música, relajación, mindfulness).

El término sujeción química (*chemical restraint*), genera muchas dudas porque si bien los fármacos deben ser siempre prescritos por un médico, es difícil establecer los límites entre un uso terapéutico e indicado y el uso con fines restrictivos o para posibilitar una “convivencia armoniosa” en un centro.

El abuso de medicamentos psicotrópicos en residencias se da muy frecuentemente y, más aún, en personas con demencia y se relaciona directamente con conductas y alteraciones del sueño.

No siempre el uso de psicofármacos implica sujeción pero el uso de sujeciones químicas en población mayor es un tema muy poco visible y controvertido. Según Olazarán-Rodríguez et al. (2016), una sujeción química es la utilización inespecífica de psicofármacos –no sustentada por un diagnóstico médico de desorden psiquiátrico- dirigida a anular la libre expresión de la persona.

4.2. Prevalencia, causas y consecuencias

Ana Urrutia, Directora del Programa Libera-Care comentó en una entrevista:

“He visto residencias en las que había más usuarios de los debidos[...] Y he visto, que es lo que me hizo reaccionar, cómo se abusa de los neurolépticos para que estén tranquilos y no molesten con su deambular o insistencia de que se quieren ir a casa. Los atan con correas a la cama, a una silla de ruedas o a un sillón para que no se levanten, se caigan y se hagan daño. A menudo no sabemos qué grado de demencia tiene la persona, y resulta fácil decir: ‘No se entera’, como si sufriera menos, pero sufren. Como muchos ya no tienen lenguaje, intentan una y otra vez levantarse, y en esa lucha ha habido pacientes que han sufrido traumatismos muy graves. En España el problema no es sólo que sujetemos mucho, sino que lo hacemos mal. La sujeción es un elemento que produce muchos efectos secundarios”.

Los fármacos más utilizados para la contención química son las benzodiazepinas, los antipsicóticos y una combinación de ambos. El porcentaje de psicofármacos prescritos

en residencias es muy elevado. En Europa, un 37-78% de las personas que viven en residencias consume al menos un psicofármaco (Janus, et al, 2016). En España el porcentaje de uso de antipsicóticos es del 25% en personas mayores institucionalizadas y su consumo se ha elevado en los últimos años, aunque los desórdenes psiquiátricos no han aumentado de la misma forma. Estos datos son los que hacen pensar que este tipo de fármacos se utilizan con el fin de sujetar químicamente a las personas, tal y como ocurre con las contenciones mecánicas (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

El análisis del riesgo-beneficio del uso de benzodiacepinas en personas mayores hace que cada día más autores y protocolos desaconsejen su uso a largo plazo dada su elevada acumulación en el organismo, su tolerancia y el grado de adicción que provocan. Con estos fármacos que presentan altos problemas de dependencia, se aconseja su retirada o disminución de dosis tras una o dos semanas de tratamiento. Es interesante conocer qué tipo de fármacos son los que se consideran relevantes al hablar de sujeciones químicas. Habitualmente se diferencia entre: neurolépticos típicos; neurolépticos atípicos; antidepresivos; benzodiacepinas de vida media corta; benzodiacepinas de vida media; benzodiacepinas son fármacos que han demostrado ser altamente eficaces en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos pero la eficacia para tratar SPCD es menor y sus efectos adversos más graves (Olivera et al., 2015). La mortalidad asociada al uso continuado de neurolépticos es muy elevada y aumenta con el tiempo de exposición, llegando a afectar hasta a un 70% de las personas que los consumen durante tres años frente a un 41% personas que tomen placebo como tratamiento (Ballard et al., 2009).

La falta de consenso y dificultades para determinar **qué es o no una sujeción química** ha llevado a establecer unos criterios para una buena praxis, denominados CHROME (Chemical Restraints Avoidance Methodology) que pretenden ayudar a los profesionales a realizar una prescripción de calidad (Olazarán-Rodríguez et al., 2016), y el Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas mayores (Agüera et al., 2017).

En general **se ha demostrado que todos los psicofármacos en población mayor incrementan el riesgo de caídas**, especialmente en los días posteriores al tratamiento, pero aun sabiendo esto, la prescripción es muy elevada en esta población, con una prevalencia que varía de 14-66,7% (Azón et al., 2016). Pero esto no es todo: sabemos que la absorción, distribución y eliminación de cualquier fármaco en el organismo cambia con la edad. Por ejemplo, la disminución de la motilidad intestinal, la hipoclorhidria o disminución del jugo gástrico, modificaciones en el Ph del estómago o la disminución del flujo sanguíneo intestinal y hepático, provocan alteraciones en la absorción del medicamento en el cuerpo. Veamos un ejemplo: el Diazepam es una benzodiacepina altamente liposoluble. En el caso de personas mayores con niveles altos de lípidos (por ejemplo, con colesterol total, a partir de 200 mg/dl) su vida media en el organismo se multiplica por seis, es decir, que la vida media de este fármaco en una persona mayor puede ser hasta de 96 horas, cuatro días. Teniendo en cuenta que para eliminar completamente un fármaco del organismo hace falta cinco veces su vida media, un Diazepam puede llegar a permanecer en el organismo de una persona mayor hasta 500 horas. Por esta razón, si el médico prescribe una dosis de 1 gramo de Diazepam diario a una persona mayor, este fármaco se irá acumulando en el organismo con efectos como somnolencia, abotargamiento, pérdida de equilibrio o vértigos (Pinazo-Hernandis, 2022).

Y sabiendo esto, *¿por qué se recetan tantos psicofármacos?* Con respecto a las causas que llevan a usar sujeciones químicas, cuando las medidas como contención verbal y ambiental no sean eficaces en un paciente agitado, se suele recurrir a la administración de fármacos con el objetivo de calmarle lo antes posible y con el fin de evitar que se autolesione o lesione a personas de su entorno cercano. No obstante, es preciso señalar que la contención farmacológica conlleva numerosos riesgos como los efectos adversos y nocivos de los medicamentos o iatrogenia. Así, debe utilizarse la dosis mínima posible que permita la eficacia terapéutica deseada sin reducir niveles de conciencia.

La **decisión de iniciar la contención farmacológica** es siempre competencia del profesional de la medicina. Sin embargo, cuando en el momento de decidir no se puede contactar con este profesional y se trata de una situación urgente, el profesional de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento según las órdenes médicas, debiendo comunicarlo al médico lo antes posible. La indicación debe estar correctamente detallada y documentada y ser reevaluada periódicamente. Antes de seleccionar el fármaco, es preciso valorar el empleo único de la contención física si hay duda diagnóstica, pues una sedación dificultaría el diagnóstico diferencial. La selección del fármaco y su dosis está determinada por diferentes características: rapidez en el inicio de la acción, es preferible la administración por vía oral que parenteral, duración mínima posible (de acción corta), con pocas contraindicaciones, con bajo riesgo de aparición de efectos secundarios e interacciones farmacológicas, y mejor un solo fármaco para disminuir las interacciones farmacológicas y los efectos adversos. Se recomienda suspender el tratamiento una vez la persona se haya estabilizado.

Dyer et al (2017) en un metaanálisis de revisiones sistemáticas centradas en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas afirmaron que, aunque algunas intervenciones farmacológicas resultan eficaces en el tratamiento de los SPCD, la evidencia actual sugiere que las terapias no farmacológicas basadas en el estudio multidimensional de la conducta deberían usarse como primera línea de tratamiento para paliar estos síntomas siempre que sea posible debido a la falta de efectos secundarios asociados.

El primer paso a la hora de comenzar a retirar sujeciones químicas es crear un Plan de Uso Racional de los Psicofármacos, que conlleva una revisión, control y uso racional de las benzodiacepinas y los antipsicóticos, que como ya hemos visto son los medicamentos más utilizados con fines restrictivos en personas con demencia que presentan SPCD.

Si bien el uso de muchos medicamentos no es sujeción química, la polifarmacia es otro problema de difícil abordaje. La prescripción de fármacos innecesarios, o la medicación que se recete para reducir los efectos de otro fármaco son algunas de las malas praxis que sufren las personas mayores en los cuidados de salud.

Los datos indican que **el 85% de las personas mayores se encuentran polimedizadas** (es decir toman un mínimo de 5 fármacos diarios). La mayor parte de los autores coinciden en considerar paciente polimedizado aquel que toma seis o más medicamentos por un periodo de tiempo de al menos seis meses. En la definición cuantitativa del paciente polimedizado se plantean distintos grados y se considera polimedización menor si se toman dos o tres fármacos; moderada, si se toman cuatro o cinco; mayor, si se toman más de cinco; y severa, si se toman más de 10 medicamentos. La población más afectada por la polimedización es la de más de 65 años, situándose su tasa de polimedización entre el 33,7-50% para los que toman más de cinco medicamentos, y entre el 10-26,8%

para los que toman 10 o más medicamentos. Uno de los grandes problemas de la persona polimeditada es tener una adecuada prescripción. La prescripción inapropiada o potencialmente inapropiada afecta especialmente a las personas mayores, pues a menudo no se supervisan, controlan o vigilan suficientemente los efectos de los fármacos prescritos. A menudo, la persona los toma durante años, a pesar de que posiblemente el medicamento ya no es eficaz para aquello para lo que se recetó.

Pero tomar más medicamentos no significa tener mejor salud sino todo lo contrario: **las personas que toman más medicamentos están más expuestas a caídas, deterioro funcional, pérdida de peso, deterioro cognitivo y mayor probabilidad de hospitalización.** Los efectos iatrogénicos y de interacción entre fármacos crecen conforme aumenta el número de fármacos utilizados. Según Gac (2012) la probabilidad de que se produzca una interacción negativa si tomamos cinco medicamentos a la vez es del 50%, mientras que si tomamos siete fármacos la probabilidad de que existan efectos adversos aumenta al 100%.

Por todo lo descrito, se considera imprescindible una buena prescripción adecuada a las características individuales de cada persona para conocer su tolerancia, que se valore siempre bien el coste-beneficio y que haya una revisión periódica. De hecho, en el año 2008, surgieron en Irlanda los criterios *STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment)* que pretenden evaluar la Prescripción Potencialmente Inadecuada (PPI), es decir, si los efectos adversos de un fármaco superan al beneficio clínico (Salgueiro et al., 2018). Estos criterios, cuya versión más reciente pertenece al 2015, se han traducido al castellano y se consideran una herramienta útil y fiable para los profesionales.

5. Cuidar sin atar

A lo largo del capítulo hemos visto que el uso de sujeciones está muy extendido y también hemos conocidos las consecuencias negativas que tienen; pese a ello, **no existe aún una norma estatal reguladora de las contenciones y sujeciones en el ámbito de residencias y centros sociosanitarios.** Menos aún (por difícil de controlar y aplicar) en el cuidado a personas en situación de dependencia en el domicilio. Esta es la razón por la cual en España desde diferentes entidades han surgido programas e iniciativas de tipo privado o que parten de fundaciones, de apoyo a “desatar” a las personas mayores y retirar las sujeciones físicas y mecánicas y farmacológicas o químicas, como por ejemplo, el programa Desatar al anciano y el enfermo de *Alzheimer* de la Confederación Española de organizaciones de personas mayores (CEOMA); programa *No sujetes*, desarrollado por Dignitas Vitae y la *Norma Libera-Care*, promovida por la Fundación Cuidados Dignos.

¿Qué se ha hecho hasta ahora? Se han ido recogiendo datos sobre prevalencia; se ha hecho formación y acompañamiento o consultoría a los centros residenciales que quieren retirar las sujeciones; se han aprobado nuevas normativas en diferentes Comunidades Autónomas que ya hacen mención explícita al uso de las sujeciones acompañadas de un mayor control desde los Departamentos de Inspección a centros residenciales.

El Documento técnico “Cuidado sin sujeciones 2023” de la SEGG, dice que tres son las ideas clave de un cuidado sin sujeciones: No poner sujeciones (prevención), eliminar las sujeciones ya prescritas o que se estén utilizando (quitar), y mantener el centro sin

sujeciones. Para cada una de las acciones es necesario tener protocolos de actuación claros y específicos y con el mismo objetivo común que es: no utilizar sujeciones.

Recientemente ha habido dos iniciativas, una desde la Fiscalía General del Estado, y otra desde el Ministerio de Derechos Sociales, que hablan de “atención libre de sujeciones”, considerando la sujeción como un maltrato o abuso, y una mala praxis profesional. En el caso de la Fiscalía la idea es controlar su uso; y en el caso del Ministerio, el objetivo es promover la concienciación social. La base de ambas iniciativas es poner los límites para su uso, demarcar claramente cuándo y en qué circunstancias y bajo qué criterios se pueden utilizar contenciones y de qué tipo y durante cuánto tiempo, y cuándo no lo es. Pero legalmente no pueden ir más allá que exigir que exista una prescripción médica previa y un consentimiento informado firmado antes de ponerlas. La decisión de si son o no necesarias, si están o no justificadas, si hay o no otras alternativas no farmacológicas, o sobre el tiempo de uso, queda al arbitrio de los médicos y equipos de los centros residenciales.

Con respecto al control desde la Administración Pública sobre el uso de sujeciones en residencias ya hace tiempo que el Departamento de Inspección de Residencias de cada Consejería las realiza (Bienestar Social, Políticas Sociales, Mayores... con el nombre que tenga en cada Comunidad Autónoma la autoridad competente). Habitualmente la Inspección de Servicios Sociales comprueba el estado de los materiales, si cada sujeción prescrita cuenta con una indicación médica firmada por un facultativo y un documento de consentimiento formado por la persona interesada o sus familiares, pero la realidad es que este control no ha servido para reducir su uso hasta la fecha.

La prevalencia de sujeciones en los centros residenciales es un indicador negativo de calidad que se ha de monitorizar y debe darse a conocer públicamente, con transparencia, de modo que la ciudadanía pueda saber y elegir el centro adecuado. Las Administraciones públicas deben ejercer un mayor control sobre los cuidados y la actividad asistencial que se da en las residencias. Países como EE.UU. tienen desde hace 20 años un sistema público de transparencia de la calidad de las residencias (Nursing compare) con 30 indicadores de calidad a partir de los cuales se puede conocer entre otras cosas el uso de sujeciones físicas y psicofármacos. Es una manera de que la ciudadanía conozca el trabajo que desarrollan algunos centros y el que falta por recorrer.

Con respecto a las consideraciones éticas y legales, el uso de sujeciones se opone al principal objetivo de los cuidados de larga duración que es lograr el máximo grado de independencia física y mental o capacidad funcional, y la mejor calidad de vida posible. La persona sometida a sujeción física se enfrenta a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. El objetivo de eliminar o reducir al mínimo su uso debe ser central en toda práctica clínica.

El Comité de Bioética de España elaboró en 2016 unas “Recomendaciones sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario”, indicando (Recomendación 1, por ejemplo): que con el fin de disminuir su prevalencia sólo se instauren las sujeciones imprescindibles, y que antes de llegar a poner contenciones, se deben buscar alternativas.

Tal y como indica Ana Urrutia, médico geriatra, Directora del Programa Libera-Care: “El debate no está en contenciones sí o contenciones no, está en la dignidad de la persona. El

debate no está en si algo es sujeción o contención; el debate está en gestionar los casos individualmente porque estamos hablando de modelos ACP y como es ACP es individual cada persona es un mundo y hay que ver si para esa persona esa medida es digna o no”.

En relación con la legislación, las medidas restrictivas vulneran derechos fundamentales que aparecen en la **Constitución** (art 10 -dignidad-, art 18 -honor e intimidad personal-, 15 -integridad física y moral-, 18 -libertad y seguridad-). También diferentes **Tratados Internacionales** (Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000; Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad), unido a las investigaciones sobre el trato y cuidados en las residencias han hecho que el tema de la retirada de sujeciones sea un asunto de relevancia.

La **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su artículo 4, “Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia”, dice que las personas en situación de dependencia, tienen derecho a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

Por su parte, la **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la **Ley 8/2021** de 2 de junio sobre la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad, dice que el **consentimiento informado** es un acto en el que se expresa libremente la voluntad de las personas en la toma de decisiones, responsables y reflexivas, con información suficientemente bien comprendida por las mismas. En el caso de las sujeciones, dice que se requiere siempre consentimiento informado documentado, previo de la persona o su representante, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública, o que se trate de urgencia vital; y añade que se procederá a aplicar la medida sujeción solo si es imprescindible y se solicitará posteriormente con la mayor prontitud posible el consentimiento informado sus representantes legales, o en su defecto, a los familiares; y que el consentimiento informado es un acto en el que se expresa libremente la voluntad de las personas en la toma de decisiones, responsables y reflexivas, con información suficiente y bien comprendida por las mismas.

La **Resolución de 28 de julio de 2022**, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la Autonomía y atención a la dependencia, dice que cada centro contará con un *plan de atención libre de sujeciones* efectivamente implantado antes del 30 de junio de 2025, y además un plan de formación al personal de atención directa. Y dice que solo podrá pautarse una sujeción en situaciones excepcionales y urgente necesidad en las que exista un peligro inminente. Y los requisitos son la constatación y documentación del fracaso de medidas alternativas, el carácter temporal y proporcional con la menor intensidad posible, y garantizando la prohibición de exceso, con una prescripción médica, con una supervisión técnica, con un consentimiento informado que debe ser explícito para cada situación y para cada persona y referido al momento en el que se toma la decisión, no siendo válidos los consentimientos genéricos, ni tampoco los diferidos en el tiempo, incluyéndose un análisis de prevención de riesgos y consecuencias. Será obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal cuando la persona tenga limitaciones en la comunicación, o necesidad de utilizar sistemas de comunicación,

accesibles. Será necesario un registro en el historial de la persona usuaria. En el marco de una transición paulatina hacia un nuevo modelo residencial, será conveniente disponer de mayor ratio de profesionales, una mejor seguridad arquitectónica y adaptación de los espacios con un mejor equipamiento.

La **Instrucción 1/2022 de 19 de enero de la Fiscalía General del Estado**, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad dice que “No es objetivo de la Fiscalía llevar a cabo una evaluación exhaustiva sobre la corrección médica (*lex artis*) en la utilización de sujeciones en cada caso, y respecto de cada paciente pues excede notoriamente de los recursos, formación y función de los fiscales”.

Podemos hablar de un círculo maligno que puede comenzar (o no) con un riesgo de caídas, razón por la cual se pone una sujeción física que lleva al debilitamiento muscular. Este círculo maligno se produce también con el uso (y abuso) de psicofármacos ante los Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a la demencia. También estas sujeciones químicas producen debilitamiento y aumentan el riesgo de caídas incluso en personas funcionalmente fuertes.

La Instrucción 1/2022 antecitada, tiene por objeto reforzar la atención, en el marco de la función tutiva del Ministerio Fiscal, de las personas mayores y/o con discapacidad, en cuanto colectivos especialmente vulnerables, ante la necesidad de velar por el efectivo reconocimiento y salvaguarda de su dignidad, presupuesto para el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de todos los derechos y libertades que les son constitucionalmente reconocidos (art. 10 CE), en relación con el uso contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas a las que pueden verse sometidos.

La preocupación por restringir el uso de sujeciones ha llevado a que en la **Orden del Ministerio de Sanidad SND/265/2020, de 19 de marzo**, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, se incluyese una previsión al respecto. Por ejemplo, en el apartado 8 se dispone que el centro deberá atender especialmente, el mantenimiento en la zona de aislamiento que le corresponda a aquellas personas deambulantes o errantes o con trastorno neurocognitivo, de manera que se le permita deambular sin que le resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química.

Pero hay que ser optimistas y pensar en el camino recorrido. **Muchos centros ya están acreditados como libres de sujeciones.** Según CEOMA: “El Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer lleva 10 años trabajando activamente para erradicar el uso de sujeciones en los cuidados a personas mayores dependientes, habiendo realizado múltiples intervenciones de ayuda a centros, y formación en sujeciones. El Programa comprueba que en el centro no se utiliza ningún tipo de sujeción física, en ningún momento, ni en ningún lugar. La acreditación inicial tiene una validez de 1 año, pues existe riesgo de que se vuelvan a utilizar sujeciones. Tras ese periodo de 1 año, si el centro quiere confirmar su condición de centro libre de sujeciones debe solicitar una nueva comprobación. Un centro que demuestra que es capaz de trabajar sin sujeciones al menos por 1 año demuestra también que ha hecho un cambio cultural de la organización

y de cada uno de sus responsables y profesionales que se traducirá con seguridad en que no volverá a utilizarlas”.

El futuro es esperanzador. Siguiendo a Burgueño, médico, Director del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer, de CEOMA: “Los centros que han conseguido ser libres de sujeciones en España no lo han hecho a base de aumentar su personal sino a base de adecuaciones organizativas y en los entornos físicos en los que viven las personas para proveer una seguridad física pasiva en lugar de una seguridad basada en sujeciones”. **Con la retirada de sujeciones se gana calidad asistencial y calidad de vida.**

En septiembre de 2022 nació la Plataforma Nacional Sin Sujeciones, con el objetivo de luchar contra el excesivo uso de sujeciones físicas y químicas en las prácticas de cuidado. Está formada por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Dignitas Vitae, la Fundación Cuidados Dignos, HelpAge International, la Fundación Pilares, Lares, la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) y el Consejo General de Enfermería. La Plataforma pretende sensibilizar a la sociedad, a la ciudadanía española, a los profesionales que se dedican al cuidado, al personal, al servicio de la administración, la clase política, las asociaciones de familiares y los proveedores de servicios, busca impulsar acciones encaminadas a la reducción y erradicación de sujeciones y la protección de la dignidad y los derechos de las personas que necesitan cuidados para su vida cotidiana o que reciben apoyos para su autonomía.

Ideas básicas del Capítulo VIII

- Los cuidados a personas en situación de dependencia se dan en domicilios, centros de día y centros residenciales.
- Poco sabemos de qué sucede en los cuidados en el domicilio. Se necesitan investigaciones que describan cómo es el uso de sujeciones en domicilio para poder realizar intervenciones adecuadas.
- Muchos profesionales de los centros residenciales no saben manejar adecuadamente los SPCD.
- La mejor atención a las personas con demencia con SPCD no son las sujeciones (físicas o químicas) sino una atención individualizada y las terapias no farmacológicas.
- 3/4 de las personas mayores padecen enfermedades crónicas; la mitad de las personas con discapacidad son mayores de 65 años.
- El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados de las personas en situación de dependencia: lograr el mayor grado de independencia, capacidad funcional, y calidad de vida, posibles.
- Cada día se hace más necesaria una correcta evaluación multidimensional y un mayor uso de estrategias no farmacológicas que favorezcan un mayor bienestar funcional, cognitivo y emocional de las personas mayores con demencia.
- Hay un abuso de psicofármacos, y tienen muchos efectos nocivos. Los efectos adversos de los psicofármacos están claros, son muchos y son evitables.
- Se vulneran los derechos de las personas mayores cuando no se atiende a sus necesidades de modo adecuado.
- Tres ideas clave para un cuidado sin sujeciones: prevenir (no poner sujeciones), quitar (eliminar sujeciones ya prescritas), y mantener las residencias sin sujeciones.

Capítulo IX

ACCESIBILIDAD A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MEDIO RURAL: UNA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS

Gloria Rabanaque Mallén

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Master en Envejecimiento y Salud por la Facultad de Medicina

Universitat de València

1. Introducción

2. El acceso a la salud de las personas mayores en el medio rural

2.1. Concepto de ruralidad

2.2. La ruralidad y las trabas a la accesibilidad como eje de desigualdad en salud en las personas mayores

2.3. Factores que condicionan la accesibilidad a los servicios de salud en el medio rural

Factores geográficos

Factores demográficos

Factores administrativos

Factores políticos

Factores culturales

3. Reflexiones de una médica de familia sobre la atención primaria tras 36 años de ejercicio en el medio rural.

3.1. Circunstancias que condicionan o determinan la salud holística de los mayores en el medio rural (física, mental y social). Fortalezas y debilidades

3.2. Perfil de las personas mayores que habitan en las zonas rurales: autopercepción de salud, dignidad, autonomía, soledad no deseada, pobreza no percibida

3.3. Actividad laboral rural en los mayores

3.4. Relaciones sexoafectivas de los mayores

3.5. Papel e importancia de la atención primaria rural y función de los equipos de atención primaria en la atención a las personas mayores

- 3.5.1. Percepción del personal sanitario
- 3.5.2. Prevención y promoción de la salud
- 3.5.3. Intervención comunitaria
- 3.5.4. Afrontamiento y atención al final de vida y la muerte
- 3.5.5. Vivencia de la pandemia COVID-19 en una zona de salud rural
- 3.5.6. Importancia de la coordinación sociosanitaria. Pueblos cuidadores. El cuidado como proceso relacional

Como parte importante del derecho universal a la salud en España, se va a tratar el tema del acceso a la salud y a los servicios sanitarios de las personas mayores desde la perspectiva tanto de los profesionales sanitarios como de estas personas mayores, centrándonos en el medio rural. Y, desde el concepto de rural y la realidad de la ruralidad, hacer hincapié en aquellos factores que pueden condicionarlo o dificultar la accesibilidad al mismo, como eje de desigualdad social y en salud.

A partir de la experiencia personal de una médica de familia que ha desarrollado su labor asistencial durante casi toda su vida laboral en una comarca rural del interior, el Alto Palancia, de la provincia de Castellón, hacer reflexiones sobre el perfil de las personas que viven en los pueblos, los condicionantes del proceso de salud y enfermedad, las capacidades salutogénicas de los pueblos, sus fortalezas y debilidades, el papel y la relevancia de la Atención Primaria en el medio rural y la vivencia de la pandemia COVID-19, sin la pretensión de que sea extrapolable en su totalidad a la realidad de otras ruralidades a nivel estatal, puesto que son diversas y heterogéneas.

1. Introducción

El derecho a la salud de las personas mayores, al igual que el de otros grupos etarios, se regula desde un contexto político estatal. Tras el Real Decreto-Ley de 16/2012, el derecho a recibir asistencia sanitaria se vinculó a las cotizaciones a la Seguridad Social y excluyó del acceso a esta atención a gran parte de la población de todas las edades. Posteriormente el decreto 7/2018 restableció el derecho universal a la salud financiado con los impuestos, aunque se interpreta y aplica de forma muy desigual en las distintas Comunidades Autónomas.

Al hablar de la salud y la enfermedad en las personas mayores conviene hacerlo desde la perspectiva tanto de los profesionales sanitarios como de sus percepciones, puesto que son los agentes implicados.

Como introducción al tema, puede resultar esclarecedor e invitar a la reflexión, los resultados de un estudio sobre prevalencia de salud en la población española por género y grupos de edad, en el que se registraron 560 problemas de salud, llevado a cabo en 2014 y presentado en la Jornada del SIAP (Sistema de Información en Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud) por Juan Simó. Se analizaron los registros de enfermedades y problemas de salud de las historias clínicas de Atención Primaria de 2.678.645 pacientes de todas las edades y se contrastaron con los datos obtenidos de 22.842 pacientes que contestaron en la Encuesta de Salud Europea en España sobre la descripción y autopercepción de sus enfermedades y su estado de salud.

Sorprendentemente y contra todo pronóstico, en los gráficos se visibiliza de forma llamativa que los problemas de salud en los registros de las historias clínicas disminuyen progresivamente conforme aumenta la edad, especialmente a partir de los 80 años. Ya en los mayores de 90 años la prevalencia de enfermedades es similar a la de la población que tiene entre 55 y 65 años. Y en los mayores de 95 años, similar a las personas de 45 años.

Así pues, en las historias de salud de las personas mayores **disminuyen** problemas como el cansancio, el herpes zoster, la debilidad general, la hipertensión, la diabetes, la cardiopatía isquémica, los problemas visuales, el glaucoma, las cataratas, la sordera, los tapones de cerumen, los problemas de dientes y encías, la anemia, la acidez, la hipertrofia benigna de próstata, el vértigo y la inestabilidad que con tantísima frecuencia les afecta. Siendo que, entre otras cuestiones, sabemos que sólo conservan sus dientes el 5% de los mayores de 80 años y que una gran mayoría tienen presbiacusia e importantes problemas visuales.

Sin embargo, **umentan** las úlceras crónicas de la piel, la incontinencia fecal y urinaria, la minusvalía, la inmovilización, los problemas de deglución, los problemas relacionados con los fármacos, también conocido como riesgo cuaternario, la irritabilidad, el insomnio e incluso el intento de suicidio en hombres mayores de 95 años.

Cuando se les pregunta a las personas mayores cómo perciben su salud en los 12 meses anteriores, el malestar general va en aumento, aunque la percepción de salud buena se estabiliza a los 80 años, posiblemente coincidiendo con la aceptación o normalización de que todo lo que les pasa y sienten es por la edad, que tienen que vivir con ello y muchos de ellos no quieren más intervenciones o desplazamientos.

Pese a que ha aumentado la expectativa de vida, más en mujeres que en hombres, no así la esperanza de vida saludable con sensación de calidad de vida y libre de dependencia, siendo las mujeres las que tienen más años de vida ganados con menos salud.

Por otra parte, cuando en los test de valoración sociosanitaria de la autonomía para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, se les pregunta a los pacientes si pueden subir y bajar solos 12 escalones, un 60% de los mayores de 80 años contestan que tienen dificultad y casi la totalidad de los mayores de 95 años. Al igual que no pueden caminar en llano para llegar a su centro de salud, siendo que conforme aumenta la edad, se necesita ir con más frecuencia a las consultas médicas.

Mención aparte merecen las personas mayores, mayoritariamente mujeres, con discapacidad tanto física como cognitiva y un elevado grado de dependencia que viven en las residencias. Son un 9% de los mayores de 80 años que son imperceptibles para las encuestas, no opinan, no suelen ir a los centros de salud ni se suelen visitar a domicilio, no se registran sus enfermedades en sus respectivas historias de salud, por lo que no existen. De ahí su invisibilidad (Juan Simó, 2018).

Esto evidencia que en los registros queda oculto un porcentaje importante de la realidad de la salud y del enfermar de las personas mayores, con lo que conlleva de inacción e invisibilidad a la hora de la gestión sociosanitaria, pese a que se predice que en 2036 un 25% de la población será mayor de 80 años que, en estos momentos un 50% de los mayores de 65 años tiene alguna enfermedad crónica, un 72% toma medicamentos, un 68% de las personas entre 65 y 79 años presentan algún tipo de discapacidad, así como un 83% de los mayores de 80 años y a que se observa una tendencia hacia una feminización y un envejecimiento de la vejez.

Con los datos que aporta este estudio se podría deducir según Simó que con la edad mejora la salud de las personas mayores, o que se debe a que sólo sobreviven los más sanos. Pero un análisis más profundo nos lleva a interpretar **que tal vez los más enfermos consultan menos porque tienen dificultades para acceder a los servicios sociosanitarios**. En resumen, podemos concluir que es **un problema de accesibilidad a los servicios sanitarios** que impide o dificulta el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores.

Es una forma de edadismo que **se agrava con los determinantes socioeconómicos**. Las desigualdades en salud se ponen de manifiesto especialmente con el mejor acceso a la salud bucodental, las correcciones ópticas y los audífonos de las clases sociales altas, así como el acceso a los centros y servicios sanitarios. Hay un **sesgo de clase social**. Y una vez más se cumple la *Ley de Cuidados Inversos de Tudor*, según la cual el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a la necesidad de la población asistida.

2. El acceso a la salud de las personas mayores que viven en el medio rural

2.1. Concepto de ruralidad

El mundo rural muestra paisajes diferentes con múltiples elementos variados pero esenciales y relevantes, que configuran realidades y entornos rurales muy heterogéneos, diversos y variables.

Antes de seguir, convendría dar forma a la definición de ruralidad porque la identificación del territorio y de la huella del hombre en cada ámbito, pueden suponer un eje de desigualdad en general y a nivel sanitario, en particular, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, que generan desigualdades en salud injustas y evitables, especialmente entre las personas mayores que constituyen un porcentaje importante de su población.

Según el I.N.E. se **considera rural a las poblaciones de menos de 10.000 habitantes**. Según la O.C.D.E. (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos), aquellos territorios con una densidad de población menor a 150 habitantes /km².

Reig Martínez (2016) hace una clasificación multifactorial de los municipios en base a criterios demográficos, del valor natural de las intervenciones en el territorio y de la accesibilidad.

En nuestro país la ruralidad está compuesta por **6.720 municipios (82,2%), de los que 3.383 se consideran accesibles y 2833 son remotos**, en función de que la isocrona (relaciona la distancia con el tiempo que cuesta llegar) a una población mayor a 50.000 habitantes sea mayor a 45 minutos. Albergan a 6,4 millones de personas, lo que suponen el 12,7% de la población española y ocupan el 73% del territorio con déficits de infraestructuras y servicios. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

2.2. La ruralidad y las trabas a la accesibilidad como eje de desigualdad en salud en las personas mayores

Así pues, la accesibilidad a los servicios de salud especialmente de las personas mayores que habitan los pueblos, se entiende como la capacidad de obtener cuidados de salud de forma conveniente y cuando es necesario, constituyendo un primer exponente de inequidad territorial en salud. Por ello, se gestó la Declaración de Ávila(2016) promovida por el Grupo de Trabajo de Medicina Rural de Semfyc (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) e inspirada en el Manifiesto de Melbourne (2002) en los que se propugna el mantenimiento de la accesibilidad y la equidad para que las zonas rurales tengan acceso a las mismas prestaciones del Sistema Nacional de Salud que el resto de la población, garantizando a los profesionales de la salud que allí ejerzan, unas condiciones laborales, de investigación y formativas dignas.

2.3. Factores que condicionan la accesibilidad a los servicios de salud en el medio rural

Es una cuestión compleja que depende de muchos factores, entre los que son destacables:

- a) **Geográficos**, tales como la orografía, la climatología, la dispersión, la viabilidad invernal y las isocronas.
- b) **Demográficos**. Son aquellos debidos al vaciado demográfico, al envejecimiento, el grado progresivo de dependencia de la población, la masculinización de la población rural por el llamado éxodo ilustrado de mujeres que salieron de los pueblos para acceder a formación universitaria.
- c) **Administrativos**. Entre los que se podrían citar tanto la limitación de horarios como los horarios cambiantes de consultas médicas y de enfermería porque un mismo personal sanitario tiene que prestar atención tanto urgente como no urgente en varios pueblos y no siempre se avisa a la población en tiempo y forma. Esto va en detrimento de la accesibilidad asistencial. Por un lado, las listas de espera inasumibles a la Atención Especializada, así como las citas para acceder a la misma descoordinadas con los horarios del transporte público, que obliga a otros tipos de transporte de mayor coste tanto económico como social, puesto que dificulta la conciliación familiar y condiciona pérdida de jornadas laborales de familiares que tienen que asumir ese servicio.
- d) **Políticos**. Existe una tendencia a la desviación de servicios hacia grandes urbes donde hay más demanda. Son decisiones políticas que se toman siguiendo criterios urbano normativos, lo que condiciona una desertización de servicios sanitarios, priorizando los criterios de demanda sobre los de equidad, de transporte público, bancarios, correo, de tiendas, donde prevalece más la rentabilidad económica que la social. Acompañado de una tendencia a que los pueblos sean de elección preferente para el extractivismo energético (plantas solares, aerogeneradores, MAT o líneas de alta tensión), la explotación industrial con macrogranjas, o especulativo por grupos de inversión. Esto nos lleva a que un 35% de las personas que viven en los pueblos tienen dificultad para acceder a un servicio público de calidad, un 23% a más de dos y un 10% a más de tres. Un 22% de los hogares rurales tienen dificultades para acceder al transporte sanitario. También existe una brecha digital rural del 14% por inaccesibilidad de conexión.
- e) **Culturales**. Como puede ser el rol de género en la administración de cuidados, dobles jornadas o la división sexista del trabajo, ser mujer, mayor y rural las coloca en una situación de vulnerabilidad y en el centro de un eje de desigualdad social y en salud; carencias de alfabetización en salud, tales como que un tercio de las mujeres rurales integran el maltrato como algo normal y desconocían el recurso del 016; un 16% de la mujeres mayores rurales tienen coche y carnet de conducir frente a un 55,6% de los hombres; demandas condicionadas por el miedo a la pérdida de servicios; respeto hacia los Equipos de Atención Primaria (EAP) y el vínculo con los mismos; las creencias sobre la enfermedad y la muerte; finalmente, la solidaridad y fortaleza de la comunidad ante los cuidados y las necesidades de la gente mayor en situaciones de vulnerabilidad. Aunque se podrían seguir encontrando múltiples factores culturales más.

Todo ello contribuye a deslegitimar a un colectivo de ciudadanos que se sienten de segunda, a los que se les borra sus derechos por haberse convertido en invisibles infradotados (Sandra Robles Pellitero, Manel Monfort Lázaro y Teresa Méndez García, 2023)

Según informe de 2023 de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública sobre atención sanitaria en España, se observa variabilidad tanto de recursos humanos y materiales como de prestaciones entre distintas Comunidades Autónomas, no habiendo encontrado información específica sobre atención a personas mayores.

3. Reflexiones de una médica de familia sobre la atención primaria tras 36 años de ejercicio en el medio rural

Desde mi reciente jubilación y la retrospectiva del ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria durante casi toda mi vida laboral en el medio rural, puedo decir que es un trabajo que me ha apasionado y que me ha brindado la oportunidad de haber compartido con los pacientes sus experiencias vitales, enfermedades, historias y vivencias, que se han ido incorporando al poso de mi propia vida, haciéndome sentir parte de sus comunidades, facilitándome crecimiento y otorgándome madurez.

Con esta madurez, en la consulta, he tendido a **valorar más la parte humana, la relación longitudinal a lo largo de los años del proceso asistencial con los pacientes y sus familias, la narrativa de sus historias personales, la trascendencia del acompañamiento al final de sus vidas**, en el sufrimiento, la salud integral y, tratando de manejar las controversias y la incertidumbre sin olvidar la perspectiva histórica y la participación comunitaria, tal como se recoge en la esencia de la Atención Primaria.

Es desde este planteamiento y desde el desarrollo tanto de estas tareas, como desde las de gestión en una Zona de Salud de una Comarca del interior de la provincia de Castellón, el Alto Palancia, que me permito compartir algunas reflexiones de esta experiencia.

3.1. Circunstancias que condicionan o determinan la salud holística o integral de los mayores en el medio rural (física, mental y social). Fortalezas y debilidades

Son muchas las variables que intervienen en generar salud y enfermedad en la población general, máxime cuando hablamos de salud integral, es decir tanto física como mental y social.

Desde la perspectiva de la Epidemiología Social se explica con el modelo de los determinantes socioeconómicos de la salud, a partir del esquema que Marmot, Dahlgren y Whitehead propugnaron ya en 1991. Así pues, la salud dependerá de condicionantes socioeconómicos, culturales, medioambientales, educativos, laborales; dependerá tanto de condiciones de trabajo como de desempleo, de la vivienda, comunicación, redes sociales, servicios médicos y sociales, estando en el centro de dicho esquema el individuo, la edad, el género, la genética y los estilos de vida.

Booske (2010) cuantifica en porcentajes que la salud de las personas depende: de factores socioeconómicos en un 40%, de condiciones y estilos de vida saludables otro 40%, del entorno ambiental en un 10% y de los servicios sanitarios otro 10%.

La salud de las personas mayores del medio rural no se escapa de este esquema de condicionantes, teniendo en cuenta que los indicadores de salud son una cuestión compleja susceptible de estudio y reflexión, puesto que dependen de múltiples circunstancias que,

como ya he comentado con anterioridad, pueden ser diferentes y variables en función de las distintas realidades rurales con las que nos encontramos a nivel estatal.

Influyen aspectos geográficos, demográficos (envejecimiento poblacional y niveles de dependencia y autonomía), administrativos, culturales, sociales, de política sanitaria y dotación de recursos entre otros, pudiendo suponer en algunos casos debilidades.

Sin olvidar que constituye una fortaleza el peso que tiene en el medio rural aquellos determinantes de la salud vinculados a las relaciones sociales, el tener amigos, apoyo familiar y vecinal, integración social, el entorno, variables que contribuyen a mejorar o mantener la salud mental, el acceso al control de los factores de riesgo cardiovascular, los estilos de vida, los intereses personales o el mantenimiento de actividad laboral hasta edades tardías.

3.2. Perfil de las personas mayores que habitan en las zonas rurales: auto percepción de salud, dignidad, autonomía, soledad no deseada, pobreza no percibida

Los habitantes de nuestros pueblos constituyen una población envejecida con un 35,1% menos de jóvenes que en el medio urbano, un 26,8% de personas mayores de 65 años, masculinizada, puesto que hay un 9,2% más de hombres que en el medio urbano por el éxodo rural. Sin embargo, según el informe de la Fundación FOESSA (Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada, 2021), **la brecha de género y más aún de las mujeres mayores, se intensifica en el medio rural**. En este sentido, se ha desarrollado una campaña en Soria que, a través de una escultura colocada en el Parque de la Dehesa de “Dominga no habla sola” y de la edición de un cómic de Elisabet Justicia, se pretende denunciar la discriminación de las mujeres mayores y sensibilizar sobre el problema de la soledad. Hay más desempleo (48,5% frente a 44,5% urbano) y más zonas empobrecidas, con un 20% de nivel de renta menos que en el medio urbano, aunque no suele haber una percepción subjetiva de pobreza entre las personas que mantienen una actividad secundaria agrícola ganadera y alejados del consumismo urbano.

Este mismo informe aporta datos de que **la exclusión social en personas mayores que viven en zonas rurales despobladas puede llegar al 13,3%**, lo que puede objetivarse porque un 6% de ellos no puede acceder a la salud bucodental por lejanía o por el coste, al igual que tienen peor salud visual que en el medio urbano por los mismos motivos (Miguel Ruiz Álvarez et al., 2010-2021).

Sin embargo, la mortalidad cardiovascular para todas las edades es menor en el medio rural y tienen mejor salud mental que en las ciudades según se concluye en un estudio que valora estas variables en función del lugar de residencia, tras controlar factores de confusión como el desempleo, los ingresos o el nivel educativo. Ello puede ser atribuible a las zonas verdes y al mayor soporte familiar y vecinal (D. Anderson WMJ, 2021).

El registro de la base de datos del SIP de la Zona de Salud rural de la Comarca del Alto Palancia de la provincia de Castellón (2019), ofrece porcentajes de un 10% de personas mayores que viven solas. De entre las personas que viven solas, tienen una soledad no deseada el 35% en el medio rural frente a un 51,6% en el urbano (Consejo Económico y Social de España, 2022).

Así pues, tenemos una población rural heterogénea, con muchas personas mayores, que tienen una mayor expectativa de vida, con pluripatología, polimedizadas y distintos grados de discapacidad que se incrementa conforme van aumentando de edad. Un buen porcentaje de ellas viven solas, mayoritariamente hombres por el éxodo ilustrado de mujeres al que he aludido con anterioridad, en general con pocas habilidades domésticas, puesto que es un rol que tradicionalmente y más en el medio rural se ha atribuido a las mujeres, con todo lo que lleva implícito.

Sin embargo, **entre las personas mayores rurales hay una buena autopercepción de salud**. Se estima que es del 78,7% frente a un 21,3% del medio urbano. Tienen mayor aceptación de la enfermedad, así como menor puntuación en las escalas del dolor y del cansancio físico y mental. Pasan mayor tiempo al aire libre, suelen tener una vida más tranquila, mayor socialización y estilos de vida menos sedentarios. Están enraizadas en su entorno, pese al éxodo de la familia cercana, tienen entidad propia. Aceptan sus condiciones de vida, sus viviendas, sus costumbres y rutinas, suelen tener una buena tolerancia de la enfermedad y de la muerte. Prefieren mantener su autonomía en el lugar donde están arraigados, puesto que son sabedores de que cuentan con un importante capital natural, social, cultural y con alta capacidad de resiliencia, es decir que tienen gran capacidad para superar circunstancias traumáticas como la enfermedad o muerte de un ser querido, así como sororidad, entendido como una solidaridad entre mujeres que se encuentran en situaciones de discriminación o vulnerabilidad ante comportamientos machistas (Robles, 2022).

Con frecuencia, en los momentos de crisis socioeconómica, las personas mayores han sustentado en sus casas y con los ingresos de su pensión a la familia y sus descendientes, generándose mucho sufrimiento.

Así mismo asistimos al fenómeno de la **neorruralidad**, con nuevos habitantes que abandonan el medio urbano por distintos motivos: unos tras la jubilación buscan la calma y tranquilidad que ofrece el pueblo y la naturaleza; otra población en situación de riesgo de exclusión social por distintos motivos ocupan viviendas de antepasados que hasta hace poco estaban deshabitadas, o buscan alquileres más baratos y posibilidades de subsistencia; y personas migrantes, que ayudan a realizar las tareas agrícolas a las personas mayores, contribuyen a rejuvenecer a la población y a que haya mayor fecundidad. Esta circunstancia del neorruralismo tiene importancia porque **muchos de ellos se convierten en los proveedores de cuidados para las personas mayores** con algún grado de discapacidad que, de otro modo, tendrían que abandonar el pueblo para ir a casa de hijos-as, sobrinos-as o residencias.

Supone un momento de crisis la muerte del cónyuge o si sobreviene una discapacidad o limitación de la autonomía personal que pueda poner en cuestión o hacer inviable la permanencia en su casa y en su pueblo. En no pocas ocasiones es el personal sanitario que los atiende los que observan y detectan si la viudedad, la soledad o el debut de un trastorno cognitivo que los hace dependientes cuestiona la capacidad de autocuidado y les permite mantener su autonomía u obliga a tomar decisiones personales, familiares o sociosanitarias con urgencia que prevengan complicaciones ante síntomas de riesgo.

3.3. Actividad laboral rural en los mayores

Mayoritariamente, los hombres mantienen una actividad laboral agrícola en sus pequeños huertos y campos de secano hasta edades muy avanzadas, lo que les provee de frutas y verduras, aceite y frutos secos para autoconsumo, acarrean leña para la estufa en invierno, lo que contribuye a hacer actividad física y a un envejecimiento saludable. Al igual que el cuidado de animales como gallinas para el autoconsumo de huevos. Y **las mujeres** se dedican al trabajo doméstico, al cuidado de nietos y ancianos o discapacitados, además de conservar los alimentos de la huerta.

Con no poca frecuencia, se asiste en consulta a personas mayores que han tenido accidentes laborales con tractores, heridas con aparejos o intoxicaciones por herbicidas o productos fitosanitarios. **Están activos, se sienten útiles y satisfechos.** Pero, según datos de encuestas, entre los trabajadores del campo mayores de 65 años no perciben los riesgos laborales.

Otro problema que surge es el de la conducción, la renovación del carnet de conducir y el deshacerse de su coche. Un coche y un carnet viviendo en un pueblo, representan la accesibilidad a sus campos y a otros servicios y el mantener su autonomía. Significa un auténtico drama, así como crisis familiares y personales en el momento que hay que hacerlo, siendo un punto de inflexión en la autonomía.

Es tal el apego que tienen a sus tierras y cultivos que cuando llega el momento en que tienen que renunciar a ello y ni sus hijos ni sus nietos les ayudan, sino que les prohíben seguir haciéndolo, sufren, se entristecen y se desvitalizan, hasta el punto de que **hay que valorar el riesgo e inconvenientes de la actividad laboral en la vejez con el beneficio y las ventajas sobre su salud mental**, debiendo de replantear el derecho a su autonomía.

3.4. Relaciones sexoafectivas de los mayores

La salud sexoafectiva de las personas mayores con frecuencia se ignora porque se presupone que a esas edades no se tiene deseo ni posibilidad de tener estas relaciones, porque con la edad se convierten en seres asexuados. Es claro que tanto el deseo sexual, como la posibilidad de erecciones en el hombre o los orgasmos en la mujer pueden ser inexistentes o más dificultosos, ya sea por los cambios psicoorgánicos, por la pluripatología y la polimedicación o por las circunstancias personales.

Pero en otras muchas personas mayores **las relaciones sexoafectivas existen con las peculiaridades propias de la edad y de forma adaptada a su envejecimiento y limitaciones físicas**, así como los problemas sexuales como motivo de consulta en las consultas de atención primaria tanto en hombres como en mujeres. Hay mucha variabilidad. Mención especial requiere las personas mayores institucionalizadas en residencias en plenas condiciones mentales que muestran este deseo o necesidad, con lo que se suele tener poca tolerancia social y son estigmatizados por mitos al respecto, con prohibiciones y culpabilizaciones, vulnerando el derecho a respetar su autonomía y el acceso a la salud sexual, en forma de edadismo sexual.

3.5. Papel e importancia de la atención primaria rural y función de los equipos de atención primaria en la atención a las personas mayores

Se estima que el 84% de las personas que tienen entre 80 y 84 años han ido al médico en el último año, yendo el 55% al médico de cabecera y el 29% a otros especialistas. Pero se objetiva que conforme se envejece, preferentemente se va al Médico de Familia y por encima de los 95 años prácticamente el total de la asistencia se presta desde Atención Primaria (Juan Simó, 2018).

La **Atención Primaria se caracteriza** por los atributos que la definen, que según Bárbara Starfield y Martín Zurro, son la **accesibilidad**, como el primer contacto con el sistema de salud en tiempo y forma cuando se enferma; la **longitudinalidad**, según lo cual se establece una relación personal y continua entre médico y paciente a lo largo del tiempo y del proceso vital de cada uno; **integralidad**, que da solución a las necesidades de salud individual y colectiva en las esferas física, mental y social; y la **coordinación** entre todos los niveles asistenciales. Además de que funciona como eje vertebrador e integrador de la atención sanitaria y de la salud de las personas.

Esta atención se presta tanto en patología urgente, como aguda y crónica de distintas formas, tradicionalmente en consulta y a domicilio y, recientemente, tras la pandemia, con nuevos modelos de consulta como es la telefónica, por email o video-consulta que vinieron para quedarse.

Además, en el medio rural, a veces, se tienen que asumir cuestiones de Salud Pública.

Dada la alta prevalencia que hay en las zonas rurales de personas mayores con avanzada edad, distintos grados de discapacidad, con pluripatología, polimedcados, la atención domiciliaria llevada a cabo de forma multiprofesional (Equipos de Atención Primaria y trabajadores sociales) y coordinada, adquiere una gran importancia, puesto que mejora la accesibilidad, la seguridad, tranquilidad y la calidad de vida no solo de los ancianos, sino también de sus familias y cuidadores. Es un tipo de atención fundamental en los pueblos que cuando comienzan las limitaciones en el acceso al **centro de salud y la discapacidad**, debe de fortalecerse y aumentar su calidad y frecuencia.

La frecuentación a las consultas de Atención Primaria rurales es muy alta si hablamos en términos numéricos, pero mucho más eficaces en términos sociales. Durante los periodos de veraneo los pueblos se rehabetan y están muy vivos. Pero los inviernos son largos, duros y solitarios, los hijos, nietos y familiares vuelven a las ciudades y las personas mayores se vuelven a quedar solas. A veces en una calle, sólo hay una persona viviendo. Necesitan hablar, contar si han dormido bien, si han tenido dolores o si la tensión arterial o la glucemia les sube o les baja, en definitiva, pasar por la consulta para dar los buenos días y decir que siguen vivos y que existen. Hay mujeres que cocinan un guiso de caliente y reparten platos entre todos estos vecinos. O te avisan si Manuel o Juan no han abierto la puerta algún día. Son cuidados informales de un valor inestimable.

Cobra importancia anotar en la historia de salud los contactos con algún familiar para localizarlos ante la percepción de alguna anomalía.

Todos estos atributos y características de la Atención Primaria tienen un gran peso específico y adquiere un importante protagonismo en el medio rural, especialmente en la

atención a las personas mayores que ya hemos visto que tienen problemas de accesibilidad y mucho más a los servicios de Atención Especializada.

Por otro lado, diversos estudios publicados recientemente, demuestran que la longitudinalidad en la asistencia se asocia a menor morbilidad, mayor expectativa y calidad de vida para los ancianos, además de ser más costo-efectiva (Añel Rodríguez R, Astier Peña P., 2022), (Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH, 2020), (Palacios, J, 2019).

En tiempos de crisis de la Atención Primaria, especialmente postpandemia, supone una fortaleza el hecho de que el **medio rural aún permite la práctica de la medicina en condiciones ideales**, puesto que estamos más accesibles, los cupos son menores, se les puede dedicar todo el tiempo que necesiten a los pacientes, prestar atención a patologías agudas, atender a la cronicidad para retrasar la evolución y evitar descompensaciones, hacer prevención y promoción de la salud, intervenciones comunitarias grupales a través del hogar del jubilado, asociaciones de mujeres y grupos de personas con distintas patologías, además de que la demora en AP rural es inexistente.

A diferencia de algunas áreas urbanas sobrecargadas asistencialmente, se pueden abordar cuestiones muy importantes y costo efectivas tanto a nivel social como económico y de consumo de recursos, como el manejo del malestar emocional con medidas no farmacológicas o el riesgo cuaternario tan frecuente en ancianos polimedicados, que viven solos, que tienen mermadas sus facultades físicas y a veces cognitivas, cuestión que dado su impacto negativo sobre las personas mayores conviene abordar, puesto que se considera un problema internacional de salud pública.

El **riesgo cuaternario** se define como el riesgo de enfermar o morir debido al uso inadecuado en cantidad o calidad de los fármacos, de la asistencia sanitaria adecuada y del lugar de asistencia oportuno. Siendo la prevención cuaternaria aquellas actividades destinadas a evitar daño por actividades médicas, centrada en el paciente de forma individualizada, evitando tratamientos improcedentes, adecuando la intensidad de cuidados y nivel de intervención a las necesidades y deseos de los pacientes y el lugar de su prestación.

Se considera **polimedicación** a tomar más de 5 fármacos al día. En mayores de 64 años se ha triplicado en 10 años; ha pasado del 9,8% al 28,2% siendo mayor en mujeres de más de 80 años. Un 76% de los ancianos toman más de 3 fármacos al día. Entre los que toman más de 4 fármacos el incumplimiento terapéutico es del 35% y un 35% de las personas mayores polimedicadas desarrollan efectos adversos, muchos ocasionados por fármacos innecesarios o contraindicados o por interacciones entre ellos.

En España se estima que un **37,4% de hospitalizaciones son por medicamentos, siendo la primera causa de hospitalización en ancianos**. Lo más grave es que un tercio de estos serían evitables. (Hernández Rodríguez M.A., Sempere Verdú, E. et al, 2020).

A este aumento de morbilidad por polimedicación, se une el hecho de que los ancianos sean vistos al mismo tiempo por muchos médicos de múltiples especialidades, que acudan con frecuencia a los servicios de urgencias que cada vez los visiten profesionales diferentes o que sufran muchas hospitalizaciones. Se objetiva que un 14% de las altas hospitalarias tienen riesgo de reacciones adversas, tanto por las prescripciones como por la descoordinación de los cuidados en el cambio de nivel asistencial al alta.

Forma parte del riesgo cuaternario el hecho de que el exceso de frecuentación en los lugares inadecuados, fuera de la Atención Primaria puede ocasionar sobrediagnósticos, sobretratamientos y lo que se conoce como cascadas de pruebas diagnósticas y terapéuticas no siempre necesarias, con el riesgo, malestar e inconvenientes para los ancianos y el coste para la sociedad. Cuando una persona mayor consulta por un síntoma en primer lugar hay que descartar que no se trate de un efecto adverso o una interacción de los fármacos que toma, que se solucionaría retirando fármacos, antes que aumentar la prescripción tratando una reacción adversa como el síntoma de una patología nueva, lo que agrava la situación.

Por ello, en los últimos tiempos, en las guías de práctica clínica, además de protocolos que orientan hacia lo que hay que hacer, hay otros del “no hacer” para evitar daño.

Este grave problema se atribuye a que no se pueden revisar las medicaciones crónicas, ni deprescribir por falta de tiempo, masificación de las consultas, precarización del trabajo por falta de personal, un exceso de derivación a múltiples especialistas, la frecuentación a urgencias, la falta de longitudinalidad en los profesionales que atienden, la existencia de formación no independiente y la falta de isoapariencia de las cajas de medicamentos que los lleva a confusión, entre otras causas.

Pudiendo concluir que todos estos factores expuestos influyen en la morbimortalidad y tienen un fuerte impacto sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores.

En cambio, **la asistencia en el medio rural posibilita hacer un abordaje biopsicosocial, multidisciplinar y comunitario.** Así mismo, la longitudinalidad permite el conocimiento de la historia clínica y de la vida de los pacientes y hacer el tipo de asistencia que en cada momento precisan, la revisión de botiquines domésticos, de las medicaciones crónicas periódicamente, deprescribir de forma razonada, evitando cronificar toma de medicamentos innecesarios o darlos durante el mínimo tiempo necesario y a la menor dosis eficaz, así como usar fármacos esenciales. Esto redundaría en menor riesgo cuaternario, hospitalizaciones evitables y, en definitiva mayor calidad de vida para las personas mayores, además de menor coste económico y en recursos.

Destacaría como una de las cuestiones más relevantes del ejercicio de la Atención Primaria en el medio rural, el fuerte vínculo tanto de los usuarios como de la comunidad con los Equipos de Atención Primaria que actúan como garantes de equidad y accesibilidad de la población mayor rural.

3.5.1. Percepción del personal sanitario

Desde hace seis años, médicos que trabajan en el medio rural de todo el Estado y que constituyen un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia, se dan cita una vez al año para tratar los problemas que encuentran en la atención sanitaria y buscar soluciones. Aunque existe variabilidad de realidades rurales y también de enfoques de profesionales sanitarios, se pasó una encuesta a 94 médicos de familia rurales que asistieron a las VI Jornadas de Medicina Rural de Semfyc en Aracena (Huelva, 2022) y, entre muchas preguntas, destacaría alguna de las respuestas.

El 83% de los médicos piensan que la despoblación, la dispersión y el clima no pueden empeorar la salud de la población rural. Un 74,5% piensan que entre los factores que

pueden condicionar una mejor salud se encuentran la calidad de vida rural, el paisaje, la alimentación, la socialización y sobre todo la longitudinalidad y el mayor tiempo de la atención sanitaria de Atención Primaria.

Sin embargo, una gran mayoría creen que **la dispersión geográfica, la gestión política y sanitaria**, la precariedad laboral de los profesionales sanitarios, el aislamiento profesional y la despoblación son factores que pueden condicionar una peor atención sanitaria, así como el éxodo de los profesionales hacia zonas urbanas más accesibles.

3.5.2. La prevención y promoción de la salud

Hay algunos sectores de la sociedad que se preguntan si **el desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud en personas mayores es pertinente y costo eficiente porque piensan que les quedan pocos años de vida**. La respuesta es **rotundamente sí**, siempre que sea de forma adaptada a sus necesidades y dirigidas a dar calidad a los años de vida.

Tiene mucho sentido detectar precozmente los problemas visuales, auditivos y bucodentales, cuya corrección, les podría permitir, leer, ver la televisión, mirar el paisaje, escuchar la radio, poder estar conectados en conversaciones, disfrutar de sus familiares, amigos y vecinos. En cuanto a los problemas de dientes y encías, les ocasiona dolor, infecciones, limitación en la dieta, dificultad para masticar y digerir los alimentos con subsecuentes problemas digestivos. Sin embargo, al no estar financiadas estas correcciones como se ha dicho con anterioridad, se convierten en un determinante socioeconómico de desigualdad en salud.

Por la frecuencia de caídas, sus graves consecuencias sobre la mortalidad y la discapacidad subsecuente, vale la pena hacer intervenciones de prevención de éstas, promoviendo los ejercicios de mantenimiento del equilibrio, articular y de fuerza, eliminando barreras arquitectónicas en domicilio y cascos urbanos de los municipios, con una dieta adecuada, uso de bastones y andadores y revisando las medicaciones que inducen caídas.

También se contempla la prevención de úlceras y problemas tromboembólicos en la piel por inmovilidad o encamamientos prolongados.

Otras medidas preventivas tienen que ver con las vacunas contra la gripe, neumococo, herpes zoster, COVID, a las que tienen acceso.

La promoción de la salud es común al resto de la población en cuanto a alimentación saludable, ejercicio físico, eliminar hábitos tóxicos de consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas, hábitos higiénicos y posturales y evitar la soledad con comunicación social, entre otros.

Pero posiblemente, una de las medidas preventivas más relevantes en las personas mayores con polimedicación es la valoración del riesgo cuaternario y hacer una prevención cuaternaria, practicando una deprescripción razonada siempre que sea posible, asumir la mayoría de cuidados desde la AP, haciendo para cada anciano un “plan individualizado de asistencia” que contemple de forma holística su situación clínica y personal, sus creencias, deseos y autonomía, que valore según el grado de evolución de sus enfermedades crónicas, el nivel y lugar de asistencia e intensidad de cuidados que requiere.

3.5.3. Intervención comunitaria

La Atención Primaria cuenta con profesionales que tienen la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y enfermeras comunitarias porque se considera que las iniciativas comunitarias multidisciplinares tienen impacto sobre la salud de la comunidad a la hora de informar y formar a la población en temas relacionados con el uso correcto de los servicios, el manejo de patologías crónicas, de promoción y prevención de la salud, que incluye también la salud mental.

Son **actividades dirigidas a grupos y colectivos concretos que tienen el objetivo de fomentar estilos de vida saludables**, mejorar el control de enfermos crónicos, evitando descompensaciones y mejorando su calidad de vida, llegando incluso a funcionar como grupos de autoayuda, en los que comparten sus vivencias en torno a su enfermedad. Todas ellas pretenden aportar el conocimiento para estimular la autonomía que permita una relación médico-paciente más horizontal y menos paternalista.

En las zonas rurales son actividades que por la estructura social es más fácil de desarrollar que en medios urbanos porque se tienen localizados a los grupos de personas mayores con las distintas enfermedades crónicas y a los cuidadores. Se interviene a través de la asociación de jubilados, de mujeres, de otras que pueda haber en cada pueblo o de la educación permanente de adultos (EPA).

Adquiere importancia el identificar, conocer y difundir los activos en salud de cada zona que son una herramienta de promoción de la salud para el abordaje biopsicosocial en Atención Primaria, dentro de un contexto clínico individual y comunitario de la población y dirigido a mejorar la salud de las personas, sin medicalizar.

Se considera un tratamiento no farmacológico en que la intervención trasciende de la consulta y es la comunidad y sus medios los que se convierten en medidas terapéuticas. La recomendación de activos en salud es un recurso para los profesionales sociosanitarios que requiere de la implicación activa de profesionales, comunidad y políticos. Sin olvidar que el principal activo para generar salud son las propias personas, pacientes autónomos y empoderados, pacientes expertos y asociaciones de enfermos o grupos de autoayuda.

Así estos activos en salud se entienden como una iniciativa de salud comunitaria que consiste en la indicación o prescripción por parte de personal sanitario de actividades sociales y de ocio (deporte, baile, ejercicio físico, asociacionismo, voluntariados, entre otros). Tiene el objetivo de mejorar la salud de los pacientes desde una perspectiva salutogénica o de salud positiva y de desmedicalizar la vida de las personas en función de los recursos sociales, sanitarios y comunitarios de cada población. En definitiva, pasar consulta mirando a la población, especialmente a esa población envejecida que habita nuestros pueblos.

Y contribuir a la alfabetización en salud tan necesaria, dado el nivel de desconocimiento de la población en muchos temas sanitarios (Guía de Servicios sociosanitarios del Alto Palancia, 2018).

Sin olvidar que la Gerontología Comunitaria es una disciplina emergente.

3.5.4. Afrontamiento y atención al final de vida y la muerte

La muerte sigue siendo tabú, aunque forme parte de la vida y a no muchas personas les guste hablar de ello. Pero en mi consulta siempre ha tenido una gran importancia hacerlo y reservar un hueco dentro de la historia de salud para registrar los deseos de los pacientes.

En primer lugar, informar sobre el Documento de Voluntades Anticipadas e invitar a cumplimentarlo. Muchas personas de todas las edades rechazan hacerlo porque les impone hablar del final de la vida y de la muerte y lo ven lejano, pese a que entre las personas mayores que deciden permanecer en su entorno hasta el final, hay una muy buena aceptación a este proceso. En el supuesto de que no lo hagan me gusta hacer la pregunta: *¿En caso de que algún día de nuestra relación médico-paciente le tuviera que informar de que tiene una enfermedad grave e irreversible que le acerque al final de su vida, que le gustaría que hiciésemos, dónde querría morir y de qué forma, con quién querría compartirlo?*

Hay variabilidad. Los hay que lo tienen muy claro e incluso a los 100 años he tenido pacientes que han hecho su Documento de Voluntades Anticipadas, como el caso de Rosa, a la que dediqué una carta de despedida y que se publicó en el Blog de Docencia Alto Palancia con la autorización de su hija, para asegurarse de que nunca se la mandaría a un hospital y que moriría en su casa y con su familia. Los hay que te dan instrucciones que, a veces modifican llegado el momento por influencia de hijos que han solido estar lejos y que se acercan al final de la vida para imponer sus criterios. Como también los hay que responden que se fían tanto del médico y es tal la estrecha confianza, que dejan sus vidas en sus manos, diciendo que llegado el momento van a aceptar lo que decida su médico.

Lo cierto es que **una de las funciones más importantes de los médicos de familia, especialmente de los rurales, es la atención al final de la vida y el acompañamiento en el proceso de morir.** Se requiere estar muy cerca, hacer un plan individualizado de asistencia, intensificar las visitas para controlar con mucha frecuencia los síntomas de sufrimiento físico, psíquicos, espiritual, social tan cambiantes en estos estadios, no ser partícipe de la conspiración del silencio, siempre que el paciente haya manifestado querer ser informado de todo, apoyar a la familia y cuidadores en momentos tan duros, saber parar, evitando el encarnizamiento terapéutico y practicando una medicina armónica que otorgue una buena calidad de muerte, así como posteriormente acompañar en el duelo.

3.5.5. Vivencia de la pandemia COVID-19 en una zona de salud rural

Mucho se ha hablado de la pandemia COVID-19 o sindemia. Nos pilló por sorpresa tanto a la población general, como a los políticos y al personal sanitario. No había precedente de situaciones similares de las que poder aprender para la correcta gestión organizativa, ni a nivel clínico ningún artículo científico previo que pudiera orientar la praxis.

Lo cierto es que paralizó las funciones asistenciales habituales. Hubo que deshacer toda una estructura organizativa tanto de hospitales, como de centros de salud y consultorios auxiliares de los pueblos para generar de forma inmediata y precipitada otra estructura

organizativa totalmente diferente y no experimentada que diera respuesta a la nueva y grave situación sanitaria de salud pública.

Se tuvo que priorizar la atención a las personas infectadas de COVID por su alta morbimortalidad en los primeros momentos de pandemia, dejando en segundo término la atención a pacientes con patologías crónicas, incluso retrasando la atención de patologías agudas tiempo-dependientes, bien por imposibilidad del personal sanitario o por miedo de los pacientes a consultar.

Hubo que introducir modelos de consulta nuevos como las telefónicas, videollamadas, el uso de correo electrónico, con toda la sobrecarga y angustia que producía por el desconocimiento de estas.

Se cerraron centros de salud, consultorios, se habilitaron espacios nuevos para atender a todos los infectados.

Hubo hasta entrenamientos y formación para detectar por la voz los problemas respiratorios.

Las personas mayores y más las que tenían problemas auditivos y cognitivos o los enfermos mentales sufrieron especialmente y nosotros con ellos.

Detectamos efectos secundarios de la consulta telefónica, como errores en la medicación por mala interpretación e incompreensión.

Se nadaba en un mar de incertidumbre, puesto que a lo largo de un día podía cambiar la información varias veces por precipitadas conclusiones de muy pequeños estudios resultados de experimentación a muy corto plazo, que condicionaban cambios en los protocolos tanto clínicos como de actividades preventivas con una gran frecuencia; con pocos o inadecuados equipos de protección y mucho miedo por las bajas que se iban produciendo entre el personal sanitario, sin olvidar los conflictos bioéticos que día a día se planteaban y a los que había que dar respuesta. Se puso en evidencia las carencias y vulnerabilidad social y de nuestros servicios sanitarios.

En mi zona de salud, conociendo el perfil de nuestra población rural, optamos por no cerrar ningún consultorio, seguir prestando atención domiciliaria y desarrollar estrategias de control de los pacientes crónicos de forma telefónica, adoptando una actitud proactiva y estableciendo protocolos de llamadas concertadas tanto por parte de enfermeros como de los médicos de cada cupo para seguir controlando su patología, averiguar cómo tomaban su medicación, saber cómo estaban, facilitar su vaciamiento dando la posibilidad de verbalizar sus miedos, quejas y angustias. **La longitudinalidad a la que tantas veces he aludido es la que nos permitía conocer el estado de nuestros pacientes sólo por su voz.** A la vez que ellos nos reconocían, funcionando nuestra llamada y nuestra voz como la gran medicina, el gran ansiolítico, el médico como medicina. Realmente muy duro y muy difícil su gestión. Parece que pasó y que se nos haya olvidado, pero la realidad es que ha dejado una impronta con importantes cambios sociales y sanitarios.

Qué decir de **las personas mayores y enfermos con discapacidad psíquica que estaban institucionalizadas en las residencias de nuestra zona de salud que nos situaron**

en disyuntivas bioéticas nunca vividas. No había ni camas, ni espacio ni aparatajes suficientes en los hospitales, ni en las ampliaciones de los hospitales. No podíamos mirar hacia otro lado, no podíamos hacerlos invisibles. Se buscaron soluciones y por supuesto que todas no fueron iguales. En este sentido, quiero resaltar que a nivel departamental se creó una Comisión Sociosanitaria Multidisciplinar para dar respuesta asistencial a estas personas mayores que en soledad enfermaron y muchos murieron por COVID sin sus familiares porque nadie podía entrar en las residencias.

Fueron los profesionales de la Unidad de Hospitalización a Domicilio y médicos de familia los que los acompañaron y, luchando contra el miedo, calzados con EPI, los que entraban a hacerles test, a atenderlos en la enfermedad y en la muerte.

Supuso un importante recurso para la atención a personas mayores con patología crónica descompensados, el hospital complementario comarcal con 12 camas, 10 para atención a patologías crónicas descompensadas o agudizadas, a personas con problema social por soledad y no tener acompañamiento y 2 habitaciones individuales para atención al final de vida. Se determinó que fuera un hospital libre de COVID para dar respuesta especialmente a las personas mayores de la Comarca con este perfil y problemas de salud no COVID.

3.5.6. Importancia de la coordinación sociosanitaria. Pueblos cuidadores. El cuidado como proceso relacional

Se dirige a mejorar la calidad asistencial, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, optimizando los recursos y coordinándolos para una adecuada prescripción social.

Un informe publicado por el Consejo Económico y Social de España (2022) sobre un medio rural vivo y sostenible aporta datos de que un 54% de los mayores de 65 años rurales con necesidades de cuidados por su dependencia no los tienen, considerando que la aplicación de la Ley de Dependencia ha llegado en menor cuantía al medio rural. Esta situación de infradotación sociosanitaria se aminora porque en los pueblos todavía existe una solidaridad normativa que asegura o facilita cuidados de vecinos, familiares y amigos a las personas que en un momento dado están en una situación de vulnerabilidad, especialmente por enfermedad. Se considera que las redes comunitarias de promoción de la salud son un 67% mayores en los pueblos que en las ciudades.

El hogar del jubilado si lo hay, o en su defecto el bar cumple una misión de integración social muy importante, aún a riesgo de situaciones de consumo de alcohol que en ancianos supone un mayor problema por la soledad, las caídas y la polimedicación.

Un pilar importante es el tercer sector, entendido como un sector económico compuesto fundamentalmente por Entidades Sin Ánimo de Lucro, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) para el desarrollo, asociacionismo y voluntariado social y sanitario con alto grado de participación ciudadana que en las zonas rurales se da de forma espontánea y no normativizada.

La capacidad de cuidado de los entornos rurales genera salud. Según *The Care Collective*, en la ruralidad se dan las características esenciales necesarias en comunidades que cuidan como son el soporte mutuo, el espacio público y los recursos compartidos, cuyo origen es la supervivencia de las personas rurales del pasado ligado a la naturaleza agrícola, ganadera, con trabajo colaborativo entre familias y vecinos. Así, en los pueblos, se convierten en recursos sociosanitarios y activos en salud estructuras como los bares, centros de jubilados, unidades de respiro o los centros de día.

Ideas básicas del Capítulo IX

- El derecho a la salud de las personas mayores en el medio rural está vinculado a la accesibilidad al servicio sanitario, especialmente a la Atención Especializada.
- Se objetiva la Ley de Cuidados inversos, puesto que las personas mayores que están más enfermas consultan menos por problemas de accesibilidad, haciéndose estadística y asistencialmente invisibles.
- El edadismo de acceso a la salud se agrava por los determinantes socioeconómicos de la salud. Existe un sesgo de clase social para acceder a la salud bucodental, auditiva y visual, así como a los centros sanitarios.
- La realidad rural es diversa y heterogénea a la vez que un elemento identitario del territorio que puede suponer un eje de desigualdad social y en salud, siendo los factores que condicionan la accesibilidad a la salud en el medio rural geográficos, demográficos, administrativos, políticos y culturales.
- El ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en el medio rural favorece la atención integral, la empatía, la comunicación, la longitudinalidad y, en definitiva, la humanización de la asistencia sanitaria.
- El perfil de los habitantes de los pueblos tiene peculiaridades propias a considerar a la hora de gestionar y administrar los servicios sanitarios.
- El neorruralismo es un fenómeno que ha permitido administrar cuidados sociosanitarios a las personas mayores con algún grado de discapacidad que, de otro modo, hubieran tenido que abandonar el pueblo.

- La Atención Primaria rural funciona como eje vertebrador e integrador de la atención sanitaria y de la salud de las personas, habiendo incorporado nuevos modelos de consulta, como la telefónica, correo electrónico o videollamadas.
- La Atención Domiciliaria de calidad es clave para mejorar el acceso a la salud de las personas mayores que tienen limitaciones y algún grado de discapacidad.
- En tiempos de crisis de la Atención Primaria y la Medicina de Familia, suponen una fortaleza para la salud rural, puesto que en los pueblos perduran unas condiciones ideales para hacer un abordaje biopsicosocial y comunitario, manteniendo su esencia.
- Una mayoría de médicos rurales encuestados opinan que entre los factores que condicionan mejor salud están la calidad de vida y paisaje rural, la alimentación, la socialización, la longitudinalidad en la asistencia y el tiempo dedicado a los pacientes. Y que la dispersión geográfica, la gestión política y sanitaria, la precariedad laboral, el aislamiento profesional y la despoblación pueden condicionar una peor atención sanitaria, así como el éxodo de los profesionales hacia zonas urbanas más accesibles.
- La prevención y promoción de la salud en las personas mayores es relevante para mantener su autonomía y calidad de vida, haciendo hincapié en el riesgo cuaternario debido a la polimedicación, las pluripatologías y la gran frecuentación a diversas consultas simultáneamente, a fin de evitar hospitalizaciones innecesarias.
- El medio rural facilita el desarrollo de intervenciones comunitarias que pueden contribuir a la alfabetización en salud, así como a identificar los activos de salud locales para hacer prescripciones o indicaciones sociales salutogénicas, no farmacológicas.
- Una de las funciones más importantes de los médicos de familia especialmente los rurales es la atención al final de la vida y el acompañamiento en el proceso de morir, con un plan individualizado de asistencia que controle los síntomas de sufrimiento físico, psíquico, espiritual, social, no ser partícipe de la conspiración del silencio, apoyar a la familia y cuidadores, evitando el encarnizamiento terapéutico y practicando una medicina armónica que otorgue una buena calidad de muerte, así como acompañar en el duelo.
- La pandemia COVID-19 supuso un grave problema de salud pública, con importantes implicaciones sociosanitarias a nivel individual y colectivo que nos situaron ante una vivencia inesperada, intensa y desconcertante, que puso en evidencia la vulnerabilidad del sistema sanitario y nos colocó ante nuevas cuestiones bioéticas que en cada lugar se resolvieron de formas muy diversas.
- Se expone la experiencia organizativa de una Zona Rural de interior de la provincia de Castellón.

Capítulo X

LECCIONES APRENDIDAS DE PROYECTOS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL CON UN ENFOQUE DE DERECHO A LA SALUD

Médicos del Mundo

1. Introducción: Médicos del Mundo (MdM) y el derecho a la salud

1.1. Trabajo con las personas mayores en situación de exclusión social

2. Proyecto de MdM con personas mayores en situación de exclusión social en Andalucía y Extremadura

2.1. Diagnóstico participativo comunitario

2.1.1. Objetivo general y objetivos específicos

2.1.2. Población

2.1.3. Metodología

2.1.4. Resultados y Conclusiones

2.2. Grupo focal

3. Proyecto de Atención sociosanitaria para personas mayores en riesgo o situación de exclusión social

3.1. Enfoques de la intervención

3.2. Objetivos, y líneas de acción del proyecto

3.2.1. Objetivo

3.2.2. Líneas de acción

3.3. Lecciones aprendidas

3.3.1. ¿Qué factores han contribuido al avance de las acciones?

3.3.2. ¿Qué factores han dificultado el avance de las acciones?

3.3.3. ¿Qué componentes innovadores identifica este proyecto?

3.3.4. ¿Qué les ha generado más satisfacción en el trabajo?

Este capítulo versa sobre las lecciones aprendidas que Médicos del Mundo ha adquirido en los dos últimos años, en sus proyectos de personas mayores en situación de exclusión social con enfoque de derecho a la salud en barrios con necesidad de transformación social, en Andalucía y Extremadura.

1. Introducción: MdM y el derecho a la salud

Médicos del Mundo trabaja desde hace 30 años para garantizar el derecho a la salud de todas las personas enfocando sus intervenciones en la accesibilidad de todas las personas al sistema sanitario.

Médicos del Mundo realiza intervenciones directas con las personas más vulnerabilizadas orientadas a garantizar al derecho a la salud a través de itinerarios individualizados y adaptados a cada territorio y que suponen la incorporación de una sinergia de intervenciones de trabajo social, mediación intercultural y atención sanitaria.

Durante estas tres décadas de experiencia de trabajo directo Médicos del Mundo ha podido constatar que la vulneración del derecho a la salud afecta de forma desproporcionada a aquellos grupos de población más vulnerabilizados por los ejes de desigualdad de clase social, raza, género o edad y que estas repercuten gravemente en su salud.

1.1. Trabajo con las personas mayores en situación de exclusión social

Médicos del Mundo intervino en la crisis del COVID-19 directamente apoyando a los colectivos vulnerables y atendió a más de 20.000 personas en el Estado español. Trabajó también con equipos de alta cualificación experimentados en epidemias en África, y apoyo en la gestión de la crisis en 7 hospitales de la red pública de la Comunidad Madrid y formó a 2.200 profesionales en las medidas de prevención y control de la infección en 40 residencias de personas mayores.

La crisis sanitaria del COVID-19 puso de manifiesto la edad como un determinante social que condicionó dramáticamente la vulnerabilidad de las personas mayores durante esta crisis (MdM, 2021).

Esta experiencia llevó a Médicos del Mundo a considerar a las personas mayores en situación de exclusión social como un colectivo prioritario y a desarrollar una nueva línea de trabajo desde un enfoque de derecho a la salud.

Desde la sede central de MdM, se realizó un análisis previo de los derechos de las personas mayores según estándares internacionales, se identificaron los roles de los titulares de derechos, los titulares de obligaciones y los titulares de responsabilidades y de las relaciones entre ellos. Se analizaron los contextos nacionales, regionales y locales y los marcos jurídicos, la política pública y la exigibilidad jurídica. Hubo un análisis de la capacidad de la organización para el desarrollo de la nueva línea y las causas de la vulneración del derecho. Se entrevistaron a las organizaciones españolas trabajando históricamente con este colectivo para identificar el valor añadido de la entrada en esta temática de una organización como Médicos del Mundo

2. Proyecto de MdM con personas mayores en situación de exclusión social en Andalucía y Extremadura

El proyecto se inició con un diagnóstico participativo comunitario en Tres Barrios, en Sevilla. Posteriormente, se desarrollaron diagnósticos participativos en otros barrios con necesidad de transformación social en Almería, Málaga y Badajoz con resultados muy similares. Recogemos el ejemplo de Sevilla para ejemplarizar la metodología de trabajo.

2.1. Diagnóstico participativo comunitario

2.1.1. Objetivo general y objetivos específicos

Desde el principio del diagnóstico se tuvo una orientación de “atención integrada” para la persona mayor que abarcara no solo el acceso al sistema sanitario si no también los servicios sociales para poder garantizar el derecho a la salud de las personas mayores.

Se inició el trabajo con la elaboración de un diagnóstico participativo comunitario que nos proporcionara el conocimiento previo de la situación para posteriormente desarrollar propuestas y líneas de intervención sociosanitarias que permitieran reducir el impacto de la crisis sanitaria y social producida por la pandemia del COVID-19 en las personas mayores en exclusión social en Tres Barrios (Sevilla).

El objetivo general del diagnóstico fue conocer la situación sociosanitaria de las personas mayores en situación o riesgo de exclusión social en Tres Barrios (Sevilla) durante la crisis del COVID-19.

Como objetivos específicos se propusieron:

- a) Analizar de las percepciones y visiones de los titulares de derechos en situación de vulnerabilidad sobre su bienestar físico, psicológico y social;
- b) Identificar condiciones de vulnerabilidad que influyen en el bienestar de las personas y los derechos humanos;
- c) Conocer la información, el conocimiento y las capacidades existentes en las personas mayores en situación de exclusión para prevenir y actuar ante el contagio del COVID-19;
- d) Conocer las medidas y acciones previstas por parte de TdO y de TdR Recursos sociosanitarios, administraciones y Sociedad Civil para minimizar los efectos negativos derivados de la emergencia del COVID-19 entre las personas TdD.

2.1.2. Población

El diagnóstico se dirigió a la población de personas mayores de 60 años en situación o riesgo de exclusión social residentes en Tres Barrios (Sevilla), dando preferencia a los sectores más vulnerables e invisibles. Esto incluye a personas con recursos económicos por debajo del umbral de la pobreza, problemas de movilidad y una red familiar y social débil. Además, se tuvo especialmente en cuenta a aquellas personas mayores con necesidades de atención específica y dependientes.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población mayor de 65 años que se entrevistó, se observa que predominan las mujeres, y cuanto más aumenta la edad hay una mayor proporción de mujeres entrevistadas. Principalmente son personas de origen español con ingresos bajos, generalmente pensiones de jubilación no contributiva que no superan los 300€. Las mujeres más frágiles eran las de entre 60 y 65 años que no pueden optar a la pensión no contributiva todavía pero tampoco pueden trabajar por las patologías sobrevenidas (fibromialgias artrosis artritis) debidas a sus trabajos (limpieza y cuidados en economía sumergida), ellas solo pueden optar al ingreso mínimo vital de menos de 400€. Residen en bloques de viviendas de cuatro o más plantas sin ascensor.

Las barreras arquitectónicas no solo se limitan al acceso a las viviendas, sino que están presentes de forma continua en el barrio.

En relación con la salud, la mayoría de estas personas viven solas y presentan carencias en la higiene y alimentación. Es frecuente encontrar enfermedades como la artrosis o la fibromialgia, especialmente en las mujeres. Otra situación que afecta a la salud de las mujeres es la violencia intrafamiliar y la violencia de género, perpetrada por los hijos y el marido.

En términos familiares, la mayoría de las personas son viudas y tienen estudios primarios o ningún nivel de educación formal. Han residido en el barrio durante varias décadas. También es común que algunos de los hijos e hijas de las mujeres entrevistadas sufran trastornos de adicción por consumo de sustancias.

2.1.3. Metodología

Principalmente se uso un enfoque cualitativo, mediante el uso de las técnicas participativas, concretamente:

- a) Se realizaron reuniones con la asociación de vecinos, con las asociaciones del barrio, con instituciones religiosas, así como con servicios sociales y con el centro de salud.
- b) Se cumplimentaron 32 cuestionarios y junto con entrevistas en profundidad presenciales, en la casa a titulares de derechos.
- c) Se hicieron 4 entrevistas en profundidad a titulares de responsabilidades.
- d) Se hicieron 5 entrevistas semiestructuradas a informantes clave (institucionales y comunitarios).

Se hizo una revisión documental sobre diagnósticos previos existentes, así como sobre la situación social y sanitaria del barrio en general y de las personas mayores en particular y se hicieron varias salidas en el barrio recogiendo información mediante observación no participante en el barrio.

2.1.4. Resultados y conclusiones

En este apartado se recogen algunas de las conclusiones más destacables del diagnóstico que convergían en otros barrios con necesidad de transformación social en Almería Málaga y Badajoz y que son relevantes para el desarrollo posterior del proyecto.

Percepciones desde las personas titulares de derecho vulnerabilizadas:

Se acentuó la sensación de “Aislamiento y Soledad” de las personas mayores previa a la crisis del coronavirus, así como las percepciones y visiones negativas respecto a ellos mismas y su salud:

La situación de “aislamiento y soledad” de las personas mayores en situación de exclusión social antes de la crisis del coronavirus, estaba ya influenciada por un sentimiento de miedo e inseguridad al tratarse de un barrio con índices de delincuencia altos y mercado de drogas.

La soledad y el aislamiento era especialmente grave en personas con problemas de dependencia, ya que muchas personas en estas circunstancias no tenían un adecuado seguimiento de sus patologías, porque no podían ir solos al especialista por carecer de medios económicos o de capacidad para ir al hospital o porque olvidaban las citas.

Durante la crisis del COVID-19, esta situación se acentuó y en general, durante las entrevistas manifestaban sentirse más abandonadas, frustradas, resignadas y más enfermas. Algunas personas, además, afirmaban haber desarrollado ansiedad y trastornos del sueño; otras que ya sufrían de estas patologías, reportaban que empeoraron significativamente.

Ser mujer mayor, pobre, en una sociedad machista es un factor de vulnerabilidad bien identificado por las titulares de derecho:

A lo largo de las entrevistas a mujeres mayores, se detectaron situaciones de violencia de género, a través de testimonios de abusos y violencias físicas y psicológicas, perpetradas por las parejas de forma larga y constante en el tiempo. También se detectaron casos de violencia intrafamiliar, principalmente malos tratos y abusos de los/as hijos/as hacia las madres, justificando este maltrato por el consumo de sustancias (alcohol, cannabis, heroína...). A estas situaciones hay que unir la carga de cuidados de familiares dependientes, en algún caso del maltratador, lo que situaba a la mujer ante una mayor sensación de vulnerabilidad y carga emocional que ella misma identificaban que le afectaba a su salud.

Condiciones de vulnerabilidad

La pérdida de cohesión social en el barrio impactaba significativamente en la percepción de calidad de vida de las personas mayores del barrio:

La llegada al barrio de vecinos/as no españoles/as (población gitana rumana, africana y latinoamericana) hacía que la percepción de las personas que habitan en el barrio desde hace más tiempo sobre la convivencia en el barrio estaba cambiando. Las personas mayores entrevistadas tienden a relacionar, a veces con matices racistas, el empeoramiento de las condiciones de vida con la llegada de estos nuevos/as vecinos.

Las personas mayores que vivían en los barrios con necesidad de transformación social tenían graves problemas relacionados con la vivienda:

En los barrios con necesidad de transformación social, se identificaron múltiples barreras arquitectónicas para personas mayores con dificultades de movilidad. Las viviendas carecían de ascensor, y esto dificultaba a la movilidad y accesibilidad a paseos, relaciones, servicios sanitarios y sociales etc. Los pisos no estaban preparados para responder a sus necesidades de movilidad (bañeras vs placas de ducha o duchas adaptadas) y había grandes dificultades económicas para poder resolver este problema.

Se detectaron también casos de personas mayores en riesgo de desahucio, por impago acumulado de alquiler. Había una pobreza energética ligada a cortes de luz recurrentes por parte del ayuntamiento por impago o para evitar el cultivo de la marihuana.

Los barrios con necesidad de transformación social tenían menos activos en salud y los servicios públicos sociales y sanitarios no estaban adaptados a las necesidades de las personas mayores del barrio:

Los barrios con necesidad de transformación social tenían en comparación con otros barrios similares en Sevilla menos presencia de asociaciones, redes sociales, parques... Además del centro de servicios sociales, la unidad de promoción de la salud, el centro de salud y el programa de mayores de Cáritas, no existían más recursos para esta población. Había un catering social, pero con largas listas de espera.

Desde el centro de salud, se confirmó por algunas personas entrevistadas, que hay barreras de acceso a medicamentos no financiados por el sistema.

Se destacó la insuficiente disponibilidad de los servicios sociales (las personas entrevistadas señalaron la imposibilidad de poder ponerse en contacto con la oficina competente para pedir información sobre el estado de su solicitud de IMV, renta mínima, pensión no contributiva, bonus social, etc.) y de las visitas a domicilio por parte del personal sanitario o trabajadores/as sociales.

Esto se incrementó en los últimos meses por la saturación de los servicios sociales y sanitarios derivados de la pandemia del COVID-19 aunque las entrevistas a titulares de responsabilidades señalan que la falta de personal, el no funcionamiento correcto de los protocolos de derivación de personas mayores a servicios sociales desde otros recursos era una situación crónica en el barrio.

De las 34 personas entrevistadas, sólo 10 tenían reconocido el grado de dependencia. Una preocupación recurrente de las personas entrevistadas era el retraso de casi tres años de los trámites de las ayudas a domicilio y valoraciones relacionadas con las ayudas a la dependencia por la escasez de personal, la excesiva burocracia y la lentitud en la coordinación entre los servicios sociales y la Junta de Andalucía.

Se encontraron Personas de 60 – 64 años vulnerabilizadas en alto riesgo de exclusión social:

En el diagnóstico participó un 37% de personas entre 60-65 años, de las cuales 11 no recibieron ningún tipo de prestación y destacaron que sufrían problemas de escasez económica. Estas personas se sustentaron gracias al apoyo de redes informales (familia y/o amigos/as, también la solidaridad ciudadana y el seguimiento de Caritas). A lo largo del diagnóstico se observó las dificultades de acceso a la tramitación del Ingreso Mínimo Vital (IMV), bien por saturación de los servicios sociales o barreras digitales. Aunque el objeto del diagnóstico eran las personas mayores de 65 años, este colectivo mereció una atención concreta ya que, la situación de precariedad y la falta de oportunidades laborales les hacía muy vulnerables.

Conocer la información, conocimiento y capacidades existentes en las personas mayores en situación de exclusión para prevenir y actuar ante el contagio del COVID-19

La brecha digital era una barrera discriminatoria claramente identificada al acceso a servicios sociales y sanitarios de las personas mayores en situación de exclusión social:

Las personas mayores manifestaban la imposibilidad de tramitar ayudas, pedir citas sociales, o gestionar las citas sanitarias, ya que, se había modernizado la gestión a través de plataformas digitales. La mayoría de las personas mayores en estos barrios carecían de ordenadores, acceso a internet y no manejaban las redes informáticas, por lo que las redes informales de familiares y asociaciones del barrio jugaban un papel clave de apoyo.

Conocer las medidas y acciones previstas por parte de TdO y de TdR Recursos sociosanitarios, administraciones y Sociedad civil para minimizar los efectos negativos derivados de la emergencia del COVID-19 entre las personas TdD.

La coordinación sociosanitaria era un desafío:

Tras las entrevistas con los titulares de obligaciones estos expresaban que el desarrollo de un modelo de gestión y funcionamiento de coordinación social y sanitaria seguía siendo un desafío y que en el barrio era necesario tener una capacidad de adaptación alta para dar una respuesta adecuada a las necesidades de las personas mayores viviendo en el barrio. Todo ello implicaba la necesidad de una mayor diversidad de los servicios de salud y sociales y un mayor soporte comunitario, pero esto por el momento tenía muchos aspectos que mejorar y la situación se había agravado durante la crisis sanitaria del COVID-19.

2.2. Grupo focal

Un año más tarde y con el fin de seguir profundizando en el enfoque de derecho a la salud de las personas mayores en situación de exclusión social y una vez creado el marco de confianza con los titulares de derechos se realizó un grupo focal en Sevilla.

Se utilizó esta vez una metodología cualitativa que consistió en llevar a cabo una conversación cuidadosamente planeada (en base a un guion), en un ambiente seguro y abierto a las opiniones de todas las personas que participaron.

En el grupo focal se profundizó sobre el acceso al sistema sanitario (incluyendo el acceso a medicamentos) y el acceso a los servicios sociales (incluyendo la aplicación de la LAPAD, Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

Conclusiones del grupo focal

- Barreras discriminatorias por razón de edad en el sistema sanitario y los servicios sociales

El edadismo estaba presente tanto en el ámbito sanitario como social:

Se expresaba una falta de adaptación de los servicios sanitarios y sociales a las necesidades de las personas usuarias. Las personas mayores sentían que se las infantilizaba, que había un trato diferenciado con ellas según la persona que las atendía y se sentían invisibilizadas.

Las personas mayores expresaron que no podían acceder en condiciones de igualdad a la atención sanitaria y social:

La brecha digital fue la barrera más citada para concertar las citas y acceder a cualquier tipo de trámite: ámbito sanitario (solicitar y gestionar cita, pedir informes médicos, cargar la medicación), bancos y seguros (citas, reclamaciones, gestión de la cuenta, administraciones públicas), seguridad social (prestaciones contributivas y no contributivas; servicios sociales para acceso a prestaciones generales y específicas para personas mayores catering social, ayuda para gafas, para la compra de ayudas técnicas,

adaptaciones de la vivienda para personas con movilidad reducida, ayuda a medicamentos, solicitar la dependencia y/o revaloración).

Se citó también la existencia de grandes lagunas en la aplicación ley de dependencia en términos de accesibilidad a la información, tiempos de respuesta y calidad del servicio:

Susana (nombre ficticio): “No, no estoy contenta de cómo me tratan en el centro de salud. He esperado más de dos semanas para que por fin mi médica me mandase analíticas porque no me encuentro bien. Tengo mis patologías, pero me noto ahora peor. He tenido que insistir bastante y esperar mucho, al menos un mes. No me suele hacer caso, dice que me tengo que aguantar, que soy mayor y esto es lo que tiene tener fibromialgia. Pero me encuentro peor”.

José (nombre ficticio): “yo llevo esperando la cita con servicios sociales hace más de ocho meses. La que me llevaba la despidieron. Pregunté quién que me llevaría y me dijeron que nadie”.

Luisa (nombre ficticio): “yo tengo reconocida ley de dependencia y tengo derecho a la ayuda a domicilio. Han pasado por mi casa doce mujeres distintas. A la última, con la que no estaba muy contenta, le dije que no viniera. Desde entonces, hace dos meses, sigo a la espera de que me llame la empresa para que arreglen el problema”.

- Barreras Físicas

Barreras de movilidad física y barreras arquitectónicas que impiden el acceso a los servicios sanitarios y sociales y/o el seguimiento de los tratamientos:

Rosa (nombre ficticio): “Yo vivo en un segundo piso sin ascensor y voy en silla de ruedas. Tuve una mala experiencia. Tenía mucho dolor de vientre y fui al médico, que me dijo que era un problema de gases. Acudí a urgencias durante una crisis particularmente fuerte y resulta que tuvieron que operarme. No vino la ambulancia, fui en taxi con mi marido”.

Luisa (nombre ficticio): “Las plazas en residencias son todas fuera de Sevilla. Yo no me quiero ir lejos de mi tierra”.

- Barreras económicas

Estas barreras impactan en la mejora de la salud, en el acceso a los medicamentos y en la adherencia terapéutica:

Encarni (nombre ficticio): “Sí he necesitado dinero para las vitaminas, me las ha comprado mi nieta. Otras veces para las hemorroides, el estreñimiento y la tos. Los demás tratamientos están cubiertos. Cuando me he tenido que quitar un diente me han derivado al dentista sin problema, igual que el dermatólogo, que tengo cita el día 24, para que me mire una mancha que tengo en la oreja izquierda, que me pica mucho. Será eczema. Ahora, yo voy con el bastón, le he dicho a mi médica que me mande la sillita [el andador] pero no me hace caso. Además, la silla buena cuesta dinero [el andador que te prescribe el enfermero de enlace suele ser el modelo “básico”, con solo 2 ruedas, muy incómodo porque requiere más fuerza en los brazos para moverlo. Para adquirir el de 4 ruedas en la ortopedia, es necesaria una aportación mínima de 40 euros”.

María (nombre ficticio): “La extracción de dientes si está cubierta. Con el vale de la junta me puse la dentadura, pero igualmente me costó dinero. [María es la única persona que manifiesta conocer una ayuda que se tramita a través de servicios sociales y cubre los gastos de dentadura”.

- Barreras informativas

Se nombró una falta de acceso a informaciones sobre cómo acceder a los servicios y prestaciones sociales, sanitarios, sociosanitarios. Hay una carencia de estrategias para lidiar con el analfabetismo funcional y otras barreras sensoriales a la hora de comunicar:

Rafael (nombre ficticio): “De la atención en el hospital sí, estoy satisfecho. No estoy satisfecho de la atención en el Centro de salud. Hay veces que hay horas de espera y la información que me dan es confusa (no entiendo dónde me derivan, dónde tengo que acudir)”.

Luisa (nombre ficticio): “Hay veces que no entiendo bien el tratamiento. Yo leo el prospecto”.

María (nombre ficticio): “Perdí una cita porque no pude ir [llovía y no podía coger el autobús]. Ahora como no tengo el papel de la cita, no puedo hacer nada y no sé cómo informarme”.

3. Proyecto de Atención sociosanitaria para personas mayores en riesgo o situación de exclusión social

3.1. Enfoques de la intervención

Con toda la información recogida en los diagnósticos previos en Andalucía y Extremadura se hizo el diseño de un proyecto que tuviera en cuenta los hallazgos del diagnóstico:

- Barreras de acceso al sistema sanitario y social con especial hincapié en el edadismo, la brecha digital y la falta de información adaptada a las necesidades particulares de este colectivo.
- Servicios sanitarios y sociales escasos, poco coordinados, y no adaptados a las necesidades de las personas mayores del barrio. Escasos activos en salud en el barrio.
- La sensación de aislamiento y soledad de las personas mayores entrevistadas y la visión negativa sobre ellos mismos y su salud.
- La situación de las mujeres mayores y la violencia de género.
- La pérdida de cohesión social y el racismo.
- Los problemas de vivienda.
- Personas de 60–64 años vulnerabilizadas en alto riesgo de exclusión social.

- Enfoque de Derecho a la salud

Se consideró que la base de la intervención era el empoderamiento y el fortalecimiento de capacidades tanto de titulares de obligaciones, como de responsabilidades y de derechos para exigir el derecho a la salud.

- Enfoque de atención integrada para personas mayores (EAIPM)

Se considero para su aplicación las recomendaciones de la OMS (2017) en su documento “Atención integrada para personas mayores (AIPM) Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca de las personas mayores” en donde claramente se refleja la necesidad de tener en cuenta las necesidades de atención sanitaria y atención social de las personas de edad avanzada como se refleja en el siguiente párrafo:

La cobertura sanitaria universal es el pilar necesario para lograr el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas centrado en la salud y el bienestar. Si no tenemos en cuenta las necesidades de atención sanitaria y social de las personas de edad avanzada, cuyo número sigue aumentando, no será posible lograr ese objetivo. En la actualidad, los sistemas de salud tienen una estructura que les permite responder mejor a las necesidades sanitarias episódicas que a las necesidades sanitarias crónicas más complejas que suelen aparecer con la edad. Es perentorio elaborar y aplicar enfoques de atención primaria completos y coordinados para prevenir, retrasar o revertir cualquier deterioro de la capacidad intrínseca (la combinación de todas las capacidades físicas y mentales del individuo) y, si ello no es posible, ayudar a las personas mayores a compensarlo para tener la máxima capacidad funcional (combinación e interacción entre su capacidad intrínseca y las características de su entorno). Los enfoques de atención integrada deben ofrecer atención comunitaria, estructurarse en torno a las necesidades de la persona mayor (y no a las de los prestadores de asistencia) y coordinarse de forma eficaz con los sistemas de cuidados a largo plazo.

- Enfoque de salud comunitaria

La acción comunitaria en salud promueve la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia para lograr una triple función transformadora:

1. Mejorar las condiciones de vida de quienes habitan el espacio de convivencia.
2. Reforzar los vínculos y la cohesión social, teniendo en cuenta a los colectivos en situación de exclusión.
3. Potenciar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar.

Se pretendió en este proyecto que las personas mayores del barrio además de tomar el control sobre la salud y el bienestar pudieran contribuir a su propio desarrollo y al desarrollo del barrio reflexionando sobre sus problemas de salud, expresando sus necesidades prioritarias y participando activamente en la implementación de las mejoras necesarias creando vínculos y cohesión social.

Las personas mayores atendidas por los servicios sanitarios y sociales se encuentran en situaciones muy diversas. Algunas tenían unos niveles elevados y estables de capacidad intrínseca (buena capacidad física y mental), otros estaban experimentando deterioros y, en otros casos, sus capacidades se habían reducido hasta el punto de que necesitaban la atención y el apoyo de otras personas. Su participación dependería de su situación.

- Enfoque de género

La esperanza de vida de las mujeres es, de media, más alta que la de los hombres por lo que en edades avanzadas el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres. Tuvimos en cuenta esta realidad para incluir la perspectiva de género y tener en cuenta la situación de las mujeres mayores en el diseño de los proyectos y las políticas dirigidas a las personas mayores.

- Enfoque de proximidad

Se optó por un trabajo de proximidad donde los equipos iban a los domicilios de las personas mayores. Los equipos se desplazaron:

- Durante la identificación y formulación del proyecto detectando personas titulares de derechos invisibilizadas y aisladas e identificando sus necesidades y sus barreras de acceso a los servicios sanitarios y servicios sociales.
- Durante la ejecución del proyecto, elaborando planes integrales de intervención personalizado que se compartan con todos los proveedores de asistencia, que prevean la puesta en marcha de estrategias de empoderamiento en el ejercicio de derechos y el fomento de la autonomía personal realizando, a la vez, acompañamientos y mediaciones sociosanitarias.

- Enfoque de Aprendizaje con la práctica

Paralelamente a la implementación del programa se crea un grupo interno en Médicos del Mundo, una Comunidad de Aprendizaje (CAP) de “Envejecimiento y Salud”. En la CAP se comparte el trabajo realizado durante la práctica de la intervención con personas y se va generando conocimiento a partir de la interacción y participación de las personas de la comunidad, personas técnicas de proyectos y personas expertas en la temática.

Esta CAP permitió reflexionar sobre las dificultades que suponía tener un enfoque basado en el derecho a la salud con un colectivo discriminado por razones de edad y determinado por un entorno social desfavorecido. Se trabajó el modelo de atención integrada de las personas mayores y del papel que Médicos del Mundo quiere jugar en estos proyectos como organización experta en derecho a la salud. Se debatió el trabajo comunitario y se está en este momento en el proceso de definir concretamente el tipo de incidencia política que se quiere hacer.

3.2. Objetivos, y líneas de acción del proyecto

“Proyecto de Atención sociosanitaria para personas mayores en riesgo o situación de exclusión social extrema residentes en barrios desfavorecidos con necesidad de transformación social” en el que pretende mejorar la salud de las personas mayores residentes en dichos barrios en Almería (El Puche, Los Almendros y Barrio Alto), Málaga (Palma Palmilla), Sevilla (Tres Barrios-Amate) y Badajoz (Cerro de Reyes).

3.2.1. Objetivo

El objetivo del proyecto era “Mejorar la salud de las personas mayores residentes en barrios con necesidad de transformación social en Andalucía y Extremadura en su acepción de bienestar físico, psíquico y social”.

3.2.2. Líneas de acción

En estos dos años, se han atendido a 193 titulares de derechos con los cuales hemos realizado las siguientes intervenciones:

- Respecto a los Titulares de Derechos

TdD mejoran las capacidades y conocimientos que les permiten avanzar hacia su autonomía y reclamar sus derechos

Información, formación, talleres, grupos de discusión y asesoramiento para la promoción de la autonomía y liderazgo de los TdD.

Grupos de discusión:

- 1 grupo de discusión con socias de la Asociación de Vecinos con el objetivo de conocer cuáles eran las necesidades e inquietudes del colectivo de personas mayores en el barrio en Badajoz.
- 1 grupo de discusión con mujeres mayores del centro de promoción de la mujeres y creación de un documento gráfico que expresaba las inequidades en relación a la edad en el barrio en Badajoz.

Talleres colectivos e individuales:

- 10 talleres colectivos (alfabetización Tics y competencias digitales en salud, edadismo salud emocional, buenos hábitos en salud, uso del sistema sanitario, alimentación saludable, buen uso de los medicamentos y patologías crónicas, entrenamiento de la memoria, nutrición...).
- 14 talleres individualizados para asesoramiento en Tics y solicitud de citas médicas.

Intervenciones informativas sobre derechos:

- 30 intervenciones informativas sobre derechos.
- 3 casos identificados e informados sobre las herramientas que pueden utilizarse.

Intervenciones socioeducativas:

- 146 intervenciones socioeducativas de promoción de envejecimiento Activo y Saludable.

Intervenciones de seguimiento sociosanitario de la salud de las personas mayores:

- Se trataba de la elaboración planes integrales de intervención personalizado que complementaban y se compartían con el trabajo de todos los proveedores.

- 386 visitas de seguimiento sociosanitario (acompañamiento psicosocial, adherencia terapéutica...).

Intervenciones emocionales: (escucha activa en aislamiento y soledad no deseada, duelos...) 129 intervenciones emocionales.

TdD acceden a los recursos sociales y comunitarios según sus necesidades y sus decisiones

Información, orientación y acompañamiento a los recursos sanitarios, sociales y comunitarios existentes.

Intervenciones de mediación sociosanitaria:

- 199 intervenciones informativas con derivación y coordinación con otros servicios sanitarios, sociales, comunitarios.
- 195 acompañamientos a recursos sanitarios, sociales y comunitarios.

Intervenciones de asistencia directa:

- 36 valoraciones de problemas relacionados con suministros o vivienda.
- 8 intervenciones de ayudas para bienes de primera necesidad.

- Respecto a los Titulares de Responsabilidades

Profesionales de los servicios sociales responsables legales del cuidado mejoran la atención integrada y protección efectiva a las personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Talleres de formación para profesionales y responsables legales (Este trabajo todavía no se ha iniciado).

Trabajo en red y acompañamiento a organizaciones de titulares de derechos:

Médicos del Mundo creo sinergias y participa en redes con otras entidades e instituciones públicas, para poder garantizar por un lado la atención integrada a las personas mayores promoviendo la coordinación interinstitucional y por otro lado la reivindicación de sus derechos.

Durante el año 2022, Médicos del Mundo participó en al menos 33 reuniones con distintos actores institucionales y comunitarios para facilitar esta coordinación, y promover y apoyar los espacios reivindicativos de los derechos de las personas mayores en los barrios.

Se participó en reuniones de las plataformas de asociaciones en los barrios, en mesas de salud, en las Juntas de Distrito, en reuniones con los equipos de servicios sociales del barrio, en grupo de Desarrollo Comunitario, en mesas de desarrollo comunitario.

Del resultado de esta participación podemos resaltar:

- La firma del protocolo de derivación con los Servicios Sociales Comunitarios en el barrio tres barrios Amate en Sevilla.
- La creación de la Comisión de Cohesión Social, un espacio de diálogo y propuestas con el Ayuntamiento de Sevilla desde el Distrito Amate sobre temas como el

derecho a una vivienda digna, el derecho al descanso nocturno, la accesibilidad de los servicios públicos sociales y de salud, seguridad ciudadana.

- Reuniones de forma periódica con la “asociación la buena gente” para detectar necesidades y demandas de las personas mayores del barrio en Málaga.
- Reuniones con el Grupo de Desarrollo Comunitario vecinal que se crea en el barrio de Cerro de Reyes en Badajoz para mejorar la convivencia vecinal y crear redes de apoyo sólidas entre todos. El papel de Médicos del Mundo es la incorporación de la temática de personas mayores en los diferentes encuentros que se realizan una vez al mes.

Comunidades y sociedad en general se comprometen y responden activamente a las necesidades de las personas mayores considerándolas como ciudadanía de pleno derecho y con voz propia.

EPTS, campañas de sensibilización en centros educativos, asociaciones de vecinas/os, centros de salud y comunidad en general.

- 3 campañas de sensibilización comunitaria durante el día mundial de la salud y el día de la mujer visibilizando y reivindicando el trabajo de cuidados realizado por las mujeres mayores de 65 años del barrio.
- Creación de un Aula de Salud, en los locales de la Unidad de Promoción de la Salud del barrio en Sevilla, calendarizando encuentros saludables para personas mayores.
- Desarrollo con colaboración de la universidad de Almería del I Congreso Internacional: “Salud Integral de las personas mayores en exclusión social”.

- Respetos a los Titulares de Obligaciones

En la defensa y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, y la coordinación sociosanitaria.

Los titulares de obligaciones aprueban cambios normativos, políticas y planes de acción efectivos para garantizar los derechos sociales y el cuidado de las personas mayores.

MdM participó en las 3 mesas de diálogo civil de cuidados de larga duración (criterios de acreditación de las residencias) a nivel estatal abogando por la coordinación sociosanitaria en los centros residenciales y 1 mesa de diálogo sobre dependencia en la que se abogó por que en la mesa de la estrategia estatal de desinstitucionalización una de las ventanas de trabajo sea específicamente sobre personas mayores en situación de vulnerabilidad y exclusión social.

Se está todavía en fase de debate intraorganizacional y desarrollo de este resultado, aunque existe una apuesta clara por la organización que el nuevo plan estratégico de la organización (2023-2025) que incluye ya un objetivo claro y explícito.

3.3. Lecciones aprendidas

Se presentan las lecciones aprendidas a través de las preguntas que se hicieron a los equipos técnicos de intervención:

3.3.1. ¿Qué factores han contribuido el avance de las acciones?

- La experiencia previa de MdM con poblaciones vulnerabilizadas

Médicos del Mundo realiza intervenciones directas con las poblaciones más vulnerabilizadas orientadas a superar las barreras de acceso que están presentes en el Sistema Nacional de Salud hace más de 30 años. Esto da a la organización una experiencia de trabajo muy relevante para abordar al colectivo de las personas mayores en situación de exclusión social que ha ayudado mucho a desarrollar los proyectos desde el enfoque de derecho a la salud.

Gracias a nuestra experiencia se ha ido construyendo un marco de trabajo, con ensayo y error, testando las necesidades. Con un marco de referencia específico para esta población quizás se hubiera podido llegar a más personas.

- Haber elaborado un diagnóstico participativo comunitario desde el inicio

La participación de todos los actores y actrices (titulares de derechos, titulares de obligaciones y titulares de responsabilidades) en el diagnóstico creó una vinculación que facilitó posteriormente la coordinación y el trabajo en red.

Se incluyó desde el principio un enfoque de atención integrada a las personas mayores que abarcaba no solo el acceso al sistema sanitario sino también a los servicios sociales. Las intervenciones con el trabajo social crearon una sinergia necesaria facilitadora y potenciadora del derecho a la salud de las personas mayores en situación de exclusión social.

Se identificó un colectivo de personas de 60 – 64 años vulnerabilizadas en alto riesgo de exclusión social que se incluyó en la base de recogida de datos.

- Contar con equipos de proximidad que se acercan al domicilio

Las personas mayores han acumulado con los años factores de exclusión social con un sesgo estigmatizante y tienden a ocultar vivencias de marginalidad y exclusión. Cuando existe dependencia por razón de edad esto se acentúa. Los equipos de proximidad facilitaron el acceso a los servicios sanitarios y sociales a los titulares derechos y crearon una relación de confianza desde donde es más fácil avanzar en los objetivos del proyecto.

Los equipos de proximidad cuentan con personal técnico y personal voluntario. Hubiéramos necesitado contar con más recursos para alcanzar a un mayor número de población pero se prefirió avanzar poco a poco para afianzar el trabajo. Hay muy buena experiencia en Almería con la participación de estudiantes de la escuela de enfermería como voluntariado.

- Haber creado una comunidad de aprendizaje a través de la práctica

Esta comunidad permitió reflexionar de forma sistemática y regular sobre nuestra práctica e ir aprendiendo y reajustando los proyectos en paralelo.

- El papel de Médicos del Mundo como titular de responsabilidades

Médicos del Mundo está jugando un papel de mediación sociosanitaria y de representación (en red con otros actores y actrices) de las personas mayores en situación de exclusión social en los espacios de reivindicación de los barrios que hace avanzar cambios que impactan en la salud de las personas mayores.

3.3.2. ¿Qué factores han dificultado el avance de las acciones?

- Iniciar la temática como una respuesta rápida de emergencia

Se trató de una respuesta a una emergencia sanitaria que descubrió también una situación de emergencia social y que, en ese contexto, MdM puso en marcha una intervención de respuesta rápida orientada a paliar los efectos más graves de la pandemia. Mientras tanto se llevó a cabo el diagnóstico para orientar la intervención futura, y en este caso, la intervención se superpuso con la fase diagnóstica para atender las necesidades que se iban detectando. Posteriormente se diseñó la teoría del cambio con la identificación de los cambios esperados.

Haber definido la teoría del cambio desde el principio, así como las acciones que queremos realizar para incidir sobre políticos/as o responsables de Administraciones Públicas para promover cambios legislativos y de políticas públicas que se traduzcan en mejoras para las personas mayores en situación de exclusión social nos habría ayudado mucho en el monitoreo y evaluación del proyecto.

- La falta de generación de evidencia científica suficiente en los determinantes sociales y las personas mayores en situación de exclusión social

Se conoce poco, como la acumulación de los determinantes sociales en las personas mayores en situación de exclusión social impacta realmente en su salud.

Se sabe por ejemplo que la participación de las personas mayores a las que se visita en el domicilio es muy baja en los talleres colectivos y actividades que se realizan en el barrio y prácticamente nula en los espacios de reivindicación de sus derechos. Es necesario profundizar en las razones de esta baja participación para diseñar estrategias adaptadas.

Se necesita seguir generar suficiente evidencia científica para aportar datos fidedignos y compartir información precisa y recomendaciones útiles para los titulares de obligaciones, los titulares de responsabilidades y los propios titulares de derechos.

Se realizó en Andalucía una investigación sobre el “Diagnóstico situacional de las personas adultas mayores que viven en riesgo de exclusión social en la provincia de Almería” en colaboración con la Universidad de Almería llevando a cabo la visita a domicilios de personas mayores en situación de vulnerabilidad en la provincia. De los resultados preliminares cabe destacar, por ejemplo, que la escasez de recursos económicos condiciona el estado de las viviendas, o no poder acceder a una correcta alimentación ni a unas condiciones de vida saludables. Factores como no poder pagar los recibos de agua o luz, ni permitirse encender una estufa para combatir el frío y la humedad, agravan enfermedades como la hipertensión arterial, patologías cardíacas, afecciones respiratorias, diabetes, reumatismos y enfermedades de la piel, entre otras. Se está diseñando la continuación de dicha investigación.

No tener esa información todavía ralentizó el desarrollo de talleres para profesionales sanitarios y sociales, así como para los responsables legales de las personas mayores (hijos e hijas).

3.3.3. ¿Qué componentes innovadores identifican este proyecto?

Al trabajo clásico de Médicos del Mundo de derecho a la salud identificando las barreras de acceso al sistema sanitario se añadió también la identificación de barreras al sistema social (incluyendo el derecho subjetivo de las personas dependientes a recibir prestaciones dirigidas a apoyar el cuidado legislado por la LAPAD). Este enfoque fue siguiendo las recomendaciones de la OMS, en su documento de “Atención integrada para personas mayores (AIPM): Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca”.

Es un trabajo innovador para Médicos del Mundo ya que el seguimiento de AIPM puede ayudar a modificar la estructura y el funcionamiento de los sistemas sanitarios.

3.3.4. ¿Qué les ha generado más satisfacción en el trabajo?

La relación de proximidad con las personas mayores, relaciones cercanas, cara a cara y de tú a tú. El poder hacer un reconocimiento personal a las personas mayores de su recorrido histórico y del impacto de su generación en generaciones posteriores y la posibilidad de restaurar su dignidad, devolverles lo recibido y poner su voz a través de nuestro trabajo en los espacios de defensa de sus derechos. Las personas mayores en todo momento expresaron su gratitud a los equipos.

Se establecieron vínculos afectivos y personales con las personas mayores y con otros profesionales de centros de salud, de servicios sociales y otras entidades, donde se fortaleció la relación de trabajo en red.

Ideas básicas del Capítulo X

- Médicos del Mundo inicia el trabajo de personas mayores en situación de exclusión social con enfoque de derecho a la salud hace dos años en barrios con necesidad de transformación social de Andalucía y Extremadura.
- A su enfoque clásico de derecho a la salud con identificación de barreras de acceso al sistema sanitario se añadió el enfoque de atención integrada para personas mayores recomendado por la OMS focalizándose los proyectos en la coordinación sociosanitaria y en el trabajo de reivindicación en coordinación con otros actores y actrices comunitarios del derecho a la salud de personas mayores en situación de exclusión social.
- Se diseña un proyecto con un enfoque basado en el derecho a la salud, se definen los cambios deseados y se identifican las posibles intervenciones.
- Tras dos años de desarrollo de los proyectos en Andalucía y Extremadura se recuperan las lecciones aprendidas.
- Las lecciones aprendidas más relevantes son que para producir un cambio social que vaya más allá del proyecto dicho cambio tiene que ser bien definido desde el principio del proyecto recabando información a nivel más macro (diagnóstico con enfoque de derecho a la salud) y a nivel local (diagnósticos comunitarios de salud). Es fundamental ir aprendiendo con la práctica al mismo tiempo que se genera evidencia científica durante la intervención para acompañar y reajustar los avances del cambio. Es clave hacer un trabajo en red y de coordinación con los actores y actrices sobre el terreno tanto titulares de derechos, titulares de obligaciones y titulares de responsabilidades.

IDEAS BÁSICAS

Ideas básicas

- La salud debe entenderse de forma holística y positiva, en la línea de la definición de la OMS según la cual “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.
- El edadismo o discriminación por razón de edad, también presente en la sociedad española, alcanza al ámbito sanitario y de los cuidados.
- El edadismo no es el único factor que afecta negativamente a la salud. El género, la vivienda, el cambio climático, el estatus socioeconómico, la soledad no deseada, la ruralidad... son circunstancias relacionadas directamente con el nivel de la salud de las personas mayores.
- La formación en geriatría y gerontología y la sensibilización de los profesionales sanitarios, del campo de la psicología y el trabajo social, es imprescindible para atajar actitudes edadistas. Esa sensibilización debe extenderse a representantes políticos, medios de comunicación y sociedad civil en su conjunto.
- España, como el resto de estados miembros de Naciones Unidas, tiene una serie de obligaciones de carácter mínimo para avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud de las personas mayores. Entre ellas, la obligación de garantizar el derecho de acceso, sin discriminación, a los centros, bienes y servicios de salud.
- Es deseable que en el ámbito universal de Naciones Unidas, en el regional de la Unión Europea, y en el estatal español, se establezcan los instrumentos normativos necesarios para una protección eficaz del derechos a la salud de las personas mayores.
- En el ámbito de Naciones Unidas es cada vez más clara la necesidad de una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas mayores, que aborde también las cuestiones relativas al derecho a la protección de la salud.
- En relación con el uso de dispositivos de inteligencia artificial como herramienta de atención sanitaria, con beneficios claros para los usuarios, las Administraciones deben tomar medidas en prevención de riesgos y abusos que pueden afectar a las personas mayores.
- La prevención y promoción de la salud en las personas mayores es relevante para mantener su autonomía y calidad de vida.
- La buena coordinación y comunicación entre los servicios sanitarios y sociales, así como entre administración central y las administraciones autonómicas, son imprescindibles para mejorar la atención a las personas mayores y para que no se produzcan desigualdades de trato según el lugar de residencia.

- Para abordar de manera eficaz los problemas de las personas mayores en relación con la protección de su salud debe sumarse, a la mirada sanitaria y social, la visión comunitaria, con la participación de recursos como el voluntariado, las redes de apoyo, la participación de la familia, etc.
- Los problemas económicos, macro y micro, incrementan la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios de las personas mayores, sobre todo aquellas que sufren discapacidad.
- Las creencias edadistas y autoedadistas explican la existencia de limitaciones y desafíos de los estudios epidemiológicos sobre salud mental en personas mayores: escasa participación en estudios, infradiagnóstico de trastornos psicológicos, normalización o atribución a la edad de síntomas y comportamientos clínicamente significativos, etc.
- La sobremedicación (polifarmacia) y el consumo cronificado de psicofármacos (con los efectos adversos documentados de los mismos) son un problema grave de salud pública en que se encuentran una proporción progresivamente mayor de personas mayores, y que debemos abordar como sociedad.
- La atención más adecuada y que respeta los derechos de las personas con demencia con Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a la Demencia, no son las sujeciones (físicas o químicas) sino una atención individualizada y las terapias no farmacológicas. Evitando las sujeciones e integrando nuevos enfoques se puede lograr el mayor grado de independencia, capacidad funcional y calidad de vida.
- Para un modelo de cuidado sin sujeciones hay tres ideas clave que hay que mantener: prevenir (no poner sujeciones), quitar (eliminar sujeciones ya prescritas), y mantener las residencias sin sujeciones.
- La realidad rural es diversa y heterogénea a la vez que un elemento identitario del territorio que puede suponer un eje de desigualdad social y en salud, siendo los factores que condicionan la accesibilidad a la salud en el medio rural geográficos, demográficos, administrativos, políticos y culturales.
- El ejercicio de la Medicina Familiar y Comunitaria en el medio rural favorece la atención integral, la empatía, la comunicación, la longitudinalidad y, en definitiva, la humanización de la asistencia sanitaria. Es más sencillo la realización de intervenciones comunitarias en el entorno rural.
- La Atención Primaria rural funciona como eje vertebrador e integrador de la atención sanitaria y de la salud de las personas, habiendo incorporado nuevos modelos de consulta, como la telefónica, correo electrónico o videollamadas.
- Los adultos mayores deben ser, tanto a nivel individual como colectivo, protagonistas activos. La participación social, el asociacionismo y la denuncia pueden ser herramientas de primer nivel en este terreno.

BIBLIOGRAFÍA

Capítulo I: LA DISCRIMINACIÓN EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Albertsen A. (2023): "Covid-19 and age discrimination: benefit maximization, fairness, and justified age-based rationing". *Med Publ Health & Philos*; 26:3-11.

Allen J.O., Solway E., Kirch M. et al. (2022): "Geriatrics Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults". *JAMA Network Open*.

Allen JO., Solway E., Kirch M., Singer D., Kullgren JT., Malani PN. (2022): "The Everyday Ageism Scale: development and evaluation". *J Aging Health*; 34(2): 147-157.

Allen, JO. (2016): "Ageism as a risk factor for chronic disease". *Gerontologist*. 56: 610-614.

Almarwani M. (2023): "Does ageism exist among multidisciplinary rehabilitation students? Predictors of attitudes toward older adults". *J Multidiscipl Healthcare*; 16:181-189.

Bagayogo F.F., Lapage A., Denis J.L., Lanotr L., Lapointe L., Vedel I. (2016): "Factors influencing cancer specialists' decision to collaborate with geriatricians in treating older cancer patients". *Age & Ageing*; 45:721-4.

Bowling A. (1999) "Ageism in cardiology". *Br Med J*; 319:1353-1355.

Butler R. (1969): "Ageism: another form of bigotry", *Gerontologist*; 9:243-246.

Carpuso J. (2002): "Cancer in the elderly: to screen or not to screen?", *J Am Geriatr Soc*; 50; 165:1-8.

Cherubini A., Del Signore S., Ouslander J., et al. (2010): "Fighting against age discrimination in clinical trials". *J Am Geriatr Soc*; 58:1791-1796.

Cruz-Jentoft A., Carpena Ruiz M., Montero Errasquin B., Sánchez Castellano C., Sánchez García E. (2013): "Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus". *J Am Geriatr Soc*; 61:734-8.

Currie C.T. (1987): "Doctors and ageism" (editorial). *Br Med J*; 295: 1586.

De Souza Braga L., Teixeira Vaz C., Nunes Moura D., Leandro Machado E., de Lima Friche A.A. (2023): "Discriminação percebida por adulto mais velhos no uso de serviços de saúde: um rvisao integrativa". *Ciência & Saúde Coltiva*; 28:155-169,

Doctors' Standing Committee (1990): Recommendations of Doctors' Standing Committee concerning elderly persons (annex 2). Report presented by the Ambulatory Care Committee, the Standing Committee of doctors of the European Community at its General Assembly on 6th October 1990.

Fernández Ballesteros R., Bustillos A., Huici Casal C., Ribera Casado J.M. (2016): "Age Discrimination. Eppur si muove (Yet it moves)". *J Am Geriatr Soc*; 64: 453-455.

Fernando P., Arora A., Crome P. (2011): "Combating age discrimination: A United Kingdom perspective", *Eur Geriatr Med*; 2:263-9.

Ganguli M., Hendrie H.C. (2023): "What can we do about ageism". *Am J Geriatr Psychiatry*; 31:232-234.

Gans H.M., Horhota M., Chasteen A.L. (2023): "Ageism against older adults: How do intersecting identities influence perceptions of ageist behaviours?" *J Appl Gerontol*.

Gans HM, Horhota M, Chastin AL (2023): "Ageism against older adults: How do intersecting identities influence perceptions of ageist behaviors?", *J Appl Gerontol*.

Haase K.R., Sattar S., Pilleron S., et al. (2023): "A scoping review of ageism towards older adults on cancer care". *J Geriatr Oncol*; 14.

Helfand et al (2020): "The exclusion of older persons from vaccine and treatment trials for coronavirus disease. Missing the target". *JAMA Intern Med* 28.IX.2020.

HelpAge España (2021): *Los derechos humanos de las personas mayores en España*. Fundación HelpAge International España. Madrid.

Huang H., Cui D., Leng Y., et al. (2023) "Geriatric drug trials in solid tumor are scarce worldwide". *Frontiers Med*.

II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002): "Declaración Política", *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 37.

Iversen TN, Larsen L, Silem PE. (2009): "A conceptual analysis of ageism". *Nordic Psychology*; 61 (3):4-22.

Jahningen D.W., Schrier R.W. (1986): "Ethical issues in the care of the elderly". *Clin Geriatr Med*; 2: 457-637.

Kearney N., Miller M., Paul J., Smith K. (2000): "Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people". *Ann Oncol*; 11:599-601.

Krasovistki M., Portes I., Tuch G. (2023): "The impact of ageism in the care of older adults with cancer". *Curr Opin Support Palliativ Care*; 17(1):8-14.

Kuchel G.A. (2019): "Inclusion of older adults in research: ensuring relevance, feasibility, and rigor". *JAGS (editorial)*; 67:2013-2014.

Lagmann E. (2013): "Vulnerability, Ageism and health to label older adults vulnerable group in health care?", *Mes Health Care & Philos*; 26: 133-142.

Lancet (2001): "593 randomised trials of acute coronary syndromes (Editorial)". Lancet, 358:945.

Landry M.D., Van der Bergh G., Hjelle K.M., Jalovcic D., Tundland H.K. (2020): "Betrayal of trust? The impact of the COVI-19 global pandemia in older persons". J Appl Gerontol; 39:687-689.

Lee D, Willoughby A., Pignotti M., McNulty B., Fagan N., Kapoutsos A. (2023): "One day you too will be older: teaching empathy to physical therapy students with an older adult simulation suit". Gerontol & Geriatr.

Lenchik L, Steinbach L, Boutin RD. (2023) "Ageism in society and its health impact". Am J Radiol.

Lloyd-Sherlock P.G., Ebrahim S., McKee M., Prince M.J. (2016): "Institutional ageism in global health policy". Br Med J; 354:i4514.

Lu W., Hoffman F.G., Gray M.P., Zweig S.C. (2010): "First year medical students' knowledge, attitudes, and interest in geriatric medicine". Educ Gerontol; 36:687-701.

Luo M., Zhang A., Li LW (2021): "Associations of ageism and health: a systematic review of quantitative observational studies". Res Aging. 43 (7-8): 311-322.

Martínez Angulo P., Muñoz Mora M., Rich Ruiz M., Ventura Puertos P.E., Cantón Habass V., López Quero S. (2023): "With your age, what do you expect?": "Ageism and healthcar of older adults in Spain". Geriatr Nursing; 51: 84-94.

Montague T.J., Icuta R.M., Wong R.Y., et al. (1991): "Comparison of risk and patterns of practice in patients older and younger than 70 years with acute myocardial infarction in a two-year period (1987-1989)". Am J Cardiol; 68:843.

Moss A.H. (1994): "Dialysis decisions and the elderly". Clin Geriatr Med; 10: 463-473.

Muss H., D'Alessandro H.A., Brachtel E.F. (2010): "Case 15-2010: An 85-year-old women with mammographically detected early brest cancer". N Engl J Med; 362:1921-28.

Nelson TD. (2002): Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Bradford books. MIT.

OMS / WHO (2021): Global report on ageism. Geneve.

Organización Médica Colegial (2014): "El buen hacer del médico" (documento). Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (OMS / WHO) (2015): Report on Aging and Health.

Raissi A., Bansal A., Ekundayo O., et al. (2023): "Older age is associated with lower utilization of living donor kidney trsaplants". Kidney Int Rep; 8:282-293.

Rhind G., Macphee G. (2006): "Ageism in medicine: a problem for all". Br J Hosp Med; 67: 624.

Ribera Casado J.M. (2020): "Covid-19 y residencias de ancianos. Algunas reflexiones". *An RANM*; 137:107-111.

Ribera Casado J.M. (2020b): "Edadismo en tiempos de pandemia". *An RANM*; 137:305-308.

Ribera Casado J.M., Bustillos A., Guerra Vaquero A.I., Huici Casar C., Fernández Ballesteros, R. (2016): "¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional". *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 51: 270-275.

Ribera Casado JM. (2016): "Discriminación por edad: una lacra muy oculta". *An Real Acad Nal Med* 2016; CXXXIV: 847-76.

Sabaté M. (2017): "No es país para viejos con infarto agudo de miocardio y elevación del segmento", *ST. Rev Esp Cardiol*; 70:70-71.

Samra R., Griffiths A., Cox T., Conroy S., Gordon A., Gladman F. (2015): "Medical students' and doctors' attitudes toward older patients and their care in hospital settings: a conceptualization". *Age & Ageing*; 44:776-83.

San-Martín Gamboa B., Zarrazquín I., Fernández Atutxa A. et al. (2022): "Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: A prospective cohort study in health sciences students". *Nursing Open*.

Schoenenberger A.W., Stuck A.E. (2014): "Inappropriate drug use among older persons: It is time for action". *Age & Ageing*; 43:737-739.

Unión Democrática de Pensionistas (2016): Encuesta sobre discriminación por edad. UDP, Madrid.

Werner P., AboHabel H., TurSinai A. (2022): "Ageism toward older and younger people in the wake of the COVID-19 outbreak", *Mturitas*; 157:1-6.

White C. (1997): "Older smokers are left out of antismoking policies". *Br. Med J*; 315:1035.

Williams JH, Tajeu GS, Steponikova I, et al. (2023): "Perceived discrimination in primary care: Does payer mix matter". *J Nat Med Ass*.

Withan M.D., Gordon A.L., Henderson E.J., Harwood R.H. (2021): "Pandemic research for older people: doing it better next time". *Age&Ageing*; 50:276-278.

Yan R.T., Yan A.T., Tan M. et al. (2006): "Age-related differences in the management and outcome of patients with acute coronary syndromes". *Am Heart J*; 151:352.

Yusuf S., Furberg C.D. (1991): Are we biased in our approach to treating elderly patients with heart disease? *Am J Cardiol*; 68:954-956.

Capítulo II: LA DIMENSIÓN SUBJETIVA: ¿QUÉ PIENSAN LAS PERSONAS MAYORES SOBRE SU SALUD?

Allen J.O., Solway E., Kirch M. et al. (2022): “Geriatrics Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults”. JAMA Network Open.

INE (2020): “Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional)”. Ministerio de Sanidad (2021): Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021.

Observatorio del Voluntariado (2022): Informe “La acción voluntaria en 2022” de Plataforma del Voluntariado de España. OMS (2022): Global oral health status report.

Razo González, A.M, Díaz Castillo, R. y López González, M.P. (2018): “Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores”, Conamed, vol.23,2.

Elder Law: current issues and future frontiers. Israel Doron, 2006. Eur J Ageing (2006) 3: 60–66, DOI 10.1007/s10433-006-0019-z

Capítulo III: SALUD Y PERSONAS MAYORES. MARCO NORMATIVO

Adams, K. B., Leibbrandt, S., y Moon, H. (2011): “A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life”. Ageing & Society, 31(4), pp. 683–712.

Añón, M. J. (2016), ‘¿Hay límites a la regresividad de derechos sociales?’, Derechos y Libertades, núm. 34, Época II, 57-90.

Blázquez Martín, D. (2007) (Coord.), Los derechos de las personas mayores: perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas, Dykinson, Madrid.

Cangemi, N. D. (2014): “La Recomendación sobre la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del Consejo de Europa” en S. Huenchuan y L. Rodríguez-Piñero, eds., Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores, Ciudad de México, Naciones Unidas.

Charvel, S. y Cobo, F. (2022): “Derecho a la salud; derecho al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud; y derecho a la protección en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias” en A. Díaz-Tendero, coord., Manual para juzgar casos de personas mayores. Ciudad de México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, pp. 349-396.

Cisternas, M.S. (2022): “Intersección entre la edad de la vejez y la condición de discapacidad” en S. Huenchuan (Ed.), Visión multidisciplinaria de los derechos

humanos de las personas mayores (LC/MEX/TS 2022/4), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Comisión Europea (2021), 'Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales', COM(2021) 102.

Comité DESC (2000), 'Observación General nº 14, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud', E/C.12/2000/4.

Comité de Bioética de España (2020), Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad.

Currea-Lugo, V. De (2005): La salud como derecho humano, Bilbao, Universidad de Deusto.

Dalli, M. (2023), 'Residencias, hospitales y personas mayores durante la COVID-19: estudio desde la afectación de derechos fundamentales', Estudios de Deusto. Revista de Derecho Público, vol. 71, núm. 1.

Dalli, M. (2019), Acceso a la asistencia sanitaria y derecho a la salud. El Sistema Nacional de Salud español, Tirant lo Blanch, Valencia.

Díaz-Tendero, A. (2021): "Protección de derechos sanitarios y socio-sanitarios de las personas mayores. Marco normativo europeo, interamericano y africano" en A. Von Bogdandy et al (Coeds.), El futuro de la Unión Europea. Retos y desafíos, Oñate, Instituto Vasco de Administración Pública/Instituto Max Planck de Derecho Público Comparado y Derecho Internacional Público.

Díaz-Tendero, A. (2019): Derechos humanos de las personas mayores, Ciudad de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM/Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Díaz-Tendero, A. y Cruz-Sánchez, G. (2023): "Políticas públicas y derechos humanos de las personas mayores en la Europa Mediterránea y el Caribe: seguridad económica, salud y cuidados de larga duración", Política y Sociedad, 60(2), 1-37.

Doron, I. (2009): "Jurisprudential Gerontology: Theorizing the Relationships Between Law and Aging" en V. L. Bengtson et al, Handbook of Theories of Aging, Nueva York, Springer Publishing Company.

Escobar Roca, G. (2012), 'El derecho a la protección de la salud', en López Ahumada, J. E., et al, Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria, Thomson-Aranzadi, 1073-1178.

Flores, F. (2023), 'Derechos de las personas mayores y discriminación en las residencias geriátricas durante la pandemia de la Covid 19', *Teoría y Derecho. Revista de pensamiento jurídico*, núm. 34.

Fundación Fernando Pombo, Universidad de Alcalá y Fundación Grandes Amigos (2019), *Derecho a la salud: consentimiento informado*.

Fundación Fernando Pombo, Universidad de Alcalá y Fundación Grandes Amigos (2019), *Derecho a la salud: Documento de instrucciones previas*.

Fundación Fernando Pombo, Universidad de Alcalá y Fundación Grandes Amigos (2019), *Derecho a la salud: segunda opinión médica*.

Giménez Gluck, D. (2022), 'Igualdad y no discriminación de las personas mayores', *Teoría y Derecho. Revista de pensamiento jurídico*, núm. 34, 65-89.

HelpAge España (2021), *El derecho de las personas mayores a la salud y a la calidad de vida*.

Heredia, L. (2022): "Envejecimiento, salud y cambio climático" en S. Huenchuan (Ed.), *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores (LC/MEX/TS 2022/4)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, S. (2022): "La discriminación por edad de la vejez: definiciones y alcances" en S. Huenchuan (Ed.), *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores (LC/MEX/TS 2022/4)*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.

Jimena Quesada, L. (2023): "Derechos relativos al bienestar y el cuidado de las personas mayores a la luz de los estándares evolutivos del sistema europeo", *Política y Sociedad*, 60(2).

Magnusson, Roger et al. (2017): *Advancing the Right to Health: The vital role of law*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

McMichael, A. J., Woodruff, R. y Hales, S. (2006): "Climate change and human health: present and future risks", *Lancet*, vol. 367, 9513.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020): *Informe del Grupo de Trabajo Covid-19 y residencias*.

Organización de las Naciones Unidas (2022): *Desafíos Globales, Envejecimiento*. Disponible en web: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing> [Consulta: 18 de octubre de 2022]

Organización de Naciones Unidas (2019), *Digital WelfareState*, informe A/74/48037.

Organización Mundial de la Salud (2021), *Global report on ageism*, Ginebra, Suiza [en línea] <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>.

Organización Mundial de la Salud (2019), *CIE-11: guía para la aplicación y la transición* [en línea] https://icd.who.int/es/docs/192190_ICD-11_Implementation_or_Transition_Guide_edited_ES.pdf.

O´Rand, A. M. y National Academy on Ageing (1994): *The vulnerable majority: older women in transition (Advisory Panel Report)*, Nueva York, Syracuse University.

Prüss-Üstün, A. y Corvalán, C. (2006), *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de Orientación*, París, Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdiseexecsumsp.pdf.

Ramos Cordero, P. y Pinto Fontanillo J. A. (2015): “Las personas mayores y su salud: situación actual”, *Avances en Odontoestomatología*, vol. 31, no. 3, may/jun.

Rico, M. (2020), *Vergüenza. El escándalo de las residencias*, Planeta.

Sepúlveda, M. (2006), ‘La interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la expresión ‘progresivamente’, en COURTIS, Ch. (Ed.), *Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Editores del Puerto, Buenos Aires, 117-152.

Ship2B Foundation (2021), “¿Cómo afecta el deterioro del medio ambiente a la salud?” [en línea] <https://www.ship2b.org/en/actualidad/como-afecta-el-cambio-climatico-a-la-salud>.

Smith, K. R. y otros (2014), “Human health: impacts, adaptation, and co-benefits”, en C.B. Field y otros (eds.), *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Nueva York, Cambridge University Press.

Villarreal, P. A. (2018): “El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo: la calidad en los servicios de salud a partir de *Poblete Vilches vs. Chile* ” en M. Morales y L. Clericó (Coords.), *Interamericanización del derecho a la salud. El caso Poblete de la Corte IDH bajo la lupa*, Querétaro, Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro/Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro.

Capítulo IV: LA PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS RIESGOS DERIVADOS DEL USO DE SISTEMAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Chabert, J-L y otros (1999): A History of Algorithms: From the Pebble to the Microchip, Springer.

Dalli Almiñana, M. (2023): “Residencias, hospitales y personas mayores durante la COVID-19: Estudio desde la afectación de derechos fundamentales”, Estudios de Deusto, 71(1), 161-197.

Flores Giménez, F. (2023): “Derechos de las personas mayores y discriminación en las residencias geriátricas durante la pandemia de COVID-19”, Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico, nº 34, 206–229.

Marbán Gallego y otros (2021): “El impacto de la COVID-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial”, Envelhecimento e Dependência, 26(1).

Presno Linera, M. A. (2020): “¿Ha sido España país para viejos durante la emergencia sanitaria de COVID-19?”, IgualdadES, nº 3, 275-312.

Presno Linera, M. A. (2022): Derechos fundamentales e inteligencia artificial, Marcial Pons.

Russel, S. y Norvig, P. (2008): Inteligencia artificial: un enfoque moderno, Pearson Education.

Yuste, R. y otros (2021): “It´s time for Neuro-Rights?”, Horizons, núm. 18, <https://www.cirsd.org/en/horizons/horizons-winter-2021-issue-no-18/its-time-for-neuro--rights>.

Informes y documentos:

Consejo de Europa (2018): Algorithms and Human Rights. Study on the human rights dimensions of automated data processing techniques and possible regulatory implications, <https://rm.coe.int/algorithms-and-human-rights-en-rev/16807956b5>

HelpAge International España (2020): La discriminación por razón de edad en España.

HelpAge International España El derecho a los cuidados de las personas mayores (2021).

Organización Mundial de la Salud (2021): Ethics and governance of artificial intelligence for health)

Unión Europea (2020): Libro Blanco sobre la inteligencia artificial de la Comisión Europea

Capítulo V: LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS. PRINCIPALES BARRERAS

Chang A.Y., Skirbekk V.F., Tyrovolas S., Kassebaum N.J., Dieleman J.L. (2019): "Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017". *Lancet Public Health*;4(3):e159-e167.

Permanyer I, Spijker J, Blanes A, Renteria E. (2018): "Longevity and Lifespan Variation by Educational Attainment in Spain: 1960-2015". *Demography*;55(6):2045-2070.

Yanguas J, Pinazo-Henandis S, Tarazona-Santabalbina FJ. (2018): "The complexity of loneliness". *Acta Biomed*;89(2):302-314.

Tarazona-Santabalbina F.J., de la Cámara de Las Heras J.M., Vidán M.T., García Navarro J.A. (2021): "Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura", *Rev Esp Geriatr Gerontol*;56(1):47-53.

Conroy SP, Turpin S. (2016): "New horizons: urgent care for older people with frailty". *Age Ageing*;45(5):577-84.

Knight BG, Winterbotham S. (2020): "Rural and urban older adults' perceptions of mental health services accessibility". *Aging Ment Health*; 24(6):978-984.

Kampmeijer R, Pavlova M, Tambor M, Golinowska S, Groot W. (2016): "The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review". *BMC Health Serv Res*;16 Suppl 5(Suppl 5):290.

Leahy NE, Sessler KA, Baggott K, Laverde L, Rabbitts A, Yurt RW. (2012) "Engaging older adults in burn prevention education: results of a community-based urban initiative". *J Burn Care Res*;33(3):e141-6.

Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, Aguilar-Navarro S, Alexander NB, Becker C, Blain H, Bourke R, Cameron ID, Camicioli R, Clemson L, Close J, Delbaere K, Duan L, Duque G, Dyer SM, Freiburger E, Ganz DA, Gómez F, Hausdorff JM, Hogan DB, Hunter SMW, Jauregui JR, Kamkar N, Kenny RA, Lamb SE, Latham NK, Lipsitz LA, Liu-Ambrose T, Logan P, Lord SR, Mallet L, Marsh D, Milisen K, Moctezuma-Gallegos R, Morris ME, Nieuwboer A, Perracini MR, Pieruccini-Faria F, Pighills A, Said C, Sejdic E, Sherrington C, Skelton DA, Dsouza S, Speechley M, Stark S, Todd C, Troen BR, van der Cammen T, Verghese J, Vlaeyen E, Watt JA, Masud T. (2022): "Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative". *Age Ageing*;51(9):afac205.

Visconti C, Neiterman E. (2021): "Shifting to Primary Prevention for an Aging Population: A Scoping Review of Health Promotion Initiatives for Community-Dwelling Older Adults in Canada". *Cureus*;13(8):e17109.

Mohan G, Chattopadhyay S. (2020): "Cost-effectiveness of Leveraging Social Determinants of Health to Improve Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review". JAMA Oncol. Sep 1;6(9):1434-1444.

Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, Yusuf S. (2015): "The burden of disease in older people and implications for health policy and practice". Lancet; 385(9967):549-62.

Baztán Cortés JJ, Rodríguez-Mañas L. (2022): "Eficacia y eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: un tópico clásico revisitado", Rev Esp Geriatr Gerontol;57(4):230-235.

Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, Peralvez Torres E, Mesía R. (2020): "The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care". Front Oncol; 10:85.

Van Heghe A, Mordant G, Dupont J, Dejaeger M, Laurent MR, Gielen E. (2022): "Effects of Orthogeriatric Care Models on Outcomes of Hip Fracture Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis". Calcif Tissue Int.;110(2):162-184.

Kow AW. (2019): "Prehabilitation and Its Role in Geriatric Surgery". Ann Acad Med Singap;48(11):386-392

Khadanga S, Savage PD, Ades PA. (2019): "Resistance Training for Older Adults in Cardiac Rehabilitation". Clin Geriatr Med;35(4):459-468.

Capítulo VI: LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN LA PERSONA MAYOR: IDENTIFICACIÓN, IMPACTO Y ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Casal Rodríguez B, Rivera Castiñeira B, Rodríguez-Míguez E. (2023): El coste de la soledad no deseada en España. Cinca Ed.

Dey S, Nambiar D, Lakshmi JK. (2012): Health of the elderly. Whashington DC: National Academies Press.

Forchuk C, Dickins K, Corring DJ. (2016): "Social Determinants of Health: Housing and Income." Healthc Q.;18 Spec No:27-31.

Gordon EH, Peel NM, Samanta M, Theou O, Howlett SE, Hubbard RE. (2017): "Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis". Exp Gerontol. 2017;89:30-40.

Gulla C, Selbaek G, Flo E, Kjome R, Kirkevold O, Husebo BS. (2016): "Multipsychotropic drug prescription and the association to neuropsychiatric symptoms in three Norwegian nursing home cohorts between 2004 and 2011". BMC Geriatr; 16:115.

Hannum Rose J, Bowman KF, O'Toole EE, Abbott K, Love TE, Thomas C, et al. (2007): "Caregiver objective burden and assessments of patient-centered, family-focused care for frail elderly veterans". *Gerontologist*;47(1):21-33.

Helvik AS, Saltyte Benth J, Wu B, Engedal K, Selbaek G. (2017): "Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway". *BMC Geriatr*;17(1):52.

Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, et al. (2022): "Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis". *JAMA Netw Open*;5(10):e2236676.

Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. (2015): "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review". *Perspectives on psychological science*; 10:227-237.

Ju YJ, Han KT, Lee HJ, Lee JE, Choi JW, Hyun IS, Park E-C. (2017): "Quality of life and national pension receipt after retirement among older adults". *Geriatr Gerontol*; 17: 1205-1213.

Kiely KM, Brady B, and Byles J. (2019): "Gender, mental health and ageing". *Maturitas*; 129: 76-84.

Maguire A, Hughes C, Cardwell C, O'Reilly D. (2013): "Psychotropic medications and the transition into care: a national data linkage study". *J Am Geriatr*; 61: 215-21.

McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Bambra C. (2017): "The contribution of housing and neighbourhood conditions to educational inequalities in non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health". *Eur J Public Health*;27(suppl_1):102-6.

Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E. (2013): "Life cycle and suicidal behaviour among women". *Sci World J*.

Menninger JA. (2002): "Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly". *Bull Menninger Clin*;66(2):166-83.

Ong AD, Uchino BN, Wethington E. (2016): "Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis". *Gerontology*; 62:443-9

Perez FP, Perez CA, Chumbiauca MN. (2022): "Insights into the social Determinants of health in older adults". *J Biomed Sci Eng*; 15: 261-268.

Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkley L, Lawlor B et al. (2020): "Consensus statement: Loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health?" *BMJ Open*; 10:e034967

Spasova S, Baeten R, Vanhercke B. (2018): “Challenges in long-term care in Europe”. *Eurohealth Observer*; 24.

Stock KJ, Amuah JE, Lapane KL, Hogan DB, Maxwell CJ. (2017): “Prevalence of, and resident and facility characteristics associated with antipsychotic use in assisted living vs. long-term care facilities: a cross-sectional analysis from Alberta, Canada”. *Drugs Aging*;34(1):39–53.

UN Women Coordination Division. (2012): *Between gender and ageing the status of the world’s older women and progress since the Madrid international plan of action on ageing*. UN Women Coordination Division.

UN Women-Headquarters (2017): *Long-term care for older people: a new global gender priority*.

VVAA (2020): *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press.

World Health Organization (2015): *Housing and health guidelines*. WHO.

World Health Organization (2015): *Men, ageing and health: Achieving health across the life span*. World Health Organization (WHO). Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/men/en/> (2015, último acceso, 7 de julio 2023).

World Health Organization (2021): *Social isolation and loneliness among older people*.

World Health Organization (2021): *Who’s work on the UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2021). *Elder abuse*. <https://www.who.int/new-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

Capítulo. VII: DISCRIMACION, SALUD MENTAL Y PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS EN LAS PERSONAS MAYORES

Abreu, W., Tolson, D., Jackson, G. A., Staines, H., & Costa, N. (2019). The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 642–653.

Adler, N.E., Rehkopf, D.H. (2008) U.S. Disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health*. 29:235.

Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (2015). *Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Informe de utilización de medicamentos U/AD/V1/14/01/2015*.

American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, 69(1), 34-65.

Ausín, B. (2019). *Estigma y salud mental en las personas mayores de 65 años desde la perspectiva de género*. Barcelona: Esteve.

Ayalon, L., Peisah, C., de Mendonça Lima, C., Verbeek, H., & Rabheru, K. (2021). Ageism and the state of older people with mental conditions during the pandemic and beyond: Manifestations, etiology, consequences, and future directions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 995-999.

Banerjee, S., Hellier, J., Dewey, M., Romeo, R., Ballard, C., Baldwin, R., ... & Burns, A. (2011). Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 378(9789), 403-411.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological medicine*, 35(9), 1241-1252.

Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. *Contemporary Perspectives on Ageism*, 241-262.

Bogner, H. R., Cahill, E., Fraenhoffer, C., & Barg, F. K. (2009). Older primary care patient views regarding antidepressants: a mixed methods approach. *Journal of Mental Health*, 18(1), 57-64.

Bradford Dementia Group (2005). *Dementia Care Mapping*. DCM 8th. Bradford: University of Bradford.

Bryant, C., & Koder, D. (2015). Why psychologists do not want to work with older adults—and why they should.... *International Psychogeriatrics*, 27(03), 351–354.

Cano Vindel, A., Ruiz Rodríguez, P., Moriana Elvira, J. A., Medrano, L. A., González Blanch, C., Aguirre Sánchez, E., & Muñoz Navarro, R. (2022). Improving access to psychological therapies in Spain: from IAPT to PsicAP. *Psicothema*, 34(1), 18-24.

Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), e0220857.

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PloS one*, 14(2), e0212686.

Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwarz, S., Williams, B., & Diehr, P., et al. (2004). Community-integrated home-based depression treatment in the elderly: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1569-1577

Cisneros, G. E., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 34-48.

Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, Á., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., ... & Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(6), 266-271.

Díaz-Veiga, P., Uriarte Méndez, A., Yanguas Lezaún, J., Cerdó i Pasqual, M.F., Sancho Castiello, M., Orbeagozo Aramburu, A. (2016) ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrada en la Persona en un grupo residencial. *Zerbitzuan*, (61):53–63. DOI: <https://10.5569/1134-7147.61.04> 10.

Díez, E., Daban, F., Pasarín, M., Artazcoz, L., Fuertes, C., López, M. J., & Calzada, N. (2014). Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 386-388.

Giles, H., Mulac, A., Bradac, J. J., & Johnson, P. (1987). Speech accommodation theory: The first decade and beyond. *Annals of the International Communication Association*, 10(1), 13-48.

Grimme, T. M., Buchanan, J., & Afflerbach, S. (2015). Understanding elderspeak from the perspective of certified nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(11), 42-49.

Gutierrez-Valencia, M., Izquierdo, M., Cesari, M., et al. (2018). The relationship between Frailty and Polypharmacy in older people: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(7):1432–1444.

Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental health*, 19(8), 747-755.

Henderson, C., Knapp, M., Stirling, S., Shepstone, L., High, J., Ballard, C., ... & Banerjee, S. (2022). Cost-effectiveness of mirtazapine for agitated behaviors in dementia: findings from a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 34(10), 905-917.

i Luque, X. R., Marsal, E. S., Cors, O. S., & Casanovas, A. S. (2021). Impacto en residencias de la atención centrada en las personas (ACP) sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante. Estudio transversal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(1), 29-34.

Infosalus (2022). Entrevista a la Dra. Galva Boras para el artículo “La polimediciacin en ancianos: estas son sus posibles implicaciones”, Infosalus 2022. Recuperado

de: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-polimedificacion-ancianos-son-possibles-implicaciones-20220603083748.html>

Junta de Castilla y León (2014). Trastornos de espectro depresivo: menos medicamentos y más cuidados. *Sacylite*. 2014;1:1-8. Recuperado de: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cimsacyl/publicaciones/sacylite>

Junta de Castilla y León (2015). Nuevo modelo de Atención residencial a personas mayores “en mi casa”. [Internet]. Recuperado de: http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/_9

Linares, J. J. G., Fuentes, M. D. C. P., Ación, F. L., & Rossell, N. Y. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 327-333.

Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing & Society*, 12(3), 269-287.

Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205.

Koder, D. A., & Helmes, E. (2008). Predictors of interest in working with older adults: A survey of postgraduate trainee psychologists. *Gerontology & Geriatrics Education*, 29(2), 158–171.

Laidlaw, K., & Kishita, N. (2015). Age-appropriate augmented cognitive behavior therapy to enhance treatment outcome for late-life depression and anxiety disorders. *GeroPsych*.

Laidlaw, K., & Pachana, N. A. (2009). Ageing, mental health, and demographic change: Challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 601–608.

Lamont, R.A., Swift, H.J., Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, ;30(1):180–93.

Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guérette, A. & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 56(5), 285-291.

Lesende, I. M. (2004). Atención a las personas mayores en atención primaria. Necesidad de formación. *Atención Primaria*, 33(8), 415.

Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336.

Losada Baltar, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., & Olazarán-Rodríguez, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador Psychological impact of dementia on the family: Proposal of an integrative model. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(e4), 1-27.

Losada-Baltar, A., Martínez-Huertas, J. Á., Jiménez-Gonzalo, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Gallego-Alberto, L., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2022). Longitudinal correlates of loneliness and psychological distress during the lockdown situation due to COVID-19. Effects of age and self-perceptions of aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(4), 652-660.

Martín Lesende, I., M, Á. S., Benítez del Rosario, M. A., Espinosa Almendro, J. M., Gorroñoigoitia Iturbe, A., & Muñoz Cobos, F. (2016). Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 389 P.

Martínez, T. (2019). El modelo ACP-gerontología. Aplicar y evaluar atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. *Documentos Acp-gerontología* nº 7. Disponible en: www.acpgerontologia.com

Matthews, K.A., Gallo, L.C., Taylor, S.E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Science*, 1186:146-73

Miravent, J. V., Villar, F., Celdran, M., & Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30(1).

Morin, L., Vetrano, D.L., Rizzuto, D., et al. (2017) Choosing wisely? Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide, longitudinal cohort study. *American Journal of Medicine*, 130(8):927-936.

Nakamura, A. E., Opaleye, D., Tani, G., & Ferri, C. P. (2015). Dementia underdiagnosis in Brazil. *The Lancet*, 385(9966), 418-419.

Organización Mundial de la Salud (2021). Informe mundial sobre el edadismo. World Health Organization.

Petriwskyj, A., Parker, D., Brown Wilson, C., & Gibson, A. (2016). What health and aged care culture change models mean for residents and their families: A systematic review. *The Gerontologist*, 56(2), e12-e20.

Pomerleau, V. J., Sekhon, H., Bajsarowicz, P., Demoustier, A., Rej, S., & Myhr, G. (2023). Do older adults respond to cognitive behavioral therapy as well as younger

adults? An analysis of a large, multi-diagnostic, real-world sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(6), e5953.

Read, J., Cartwright, C., & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*, 216(1), 67-73.

Read, S., Hu, B., Dixon, J., Brimblecombe, N., Wittenberg, R., Brayne, C., & Banerjee, S. (2023). Receipt of help by people with cognitive impairment: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Aging & Mental Health*, 27(2), 272-280.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

Ruxton, K., Woodman, R. J., & Mangoni, A. A. (2015). Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 80(2), 209-220.

Ryan, E.B., Bourhis, R.Y., and Knops, U. (1991). Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to elders. *Psychology and Aging*, 6, 442-450.

San Martín Gamboa, B., Zarrazquin, I., Fernandez Atutxa, A., Cepeda Miguel, S., Doncel García, B., Imaz Aramburu, I., ... & Fraile Bermúdez, A. B. (2023). Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: A prospective cohort study in health sciences students. *Nursing Open*.

Saunders, R., Buckman, J. E., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., ... & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders*, 294, 85-93.

Seidler, A.L., & Wolff, J.K. (2017). Bidirectional associations between self-perceptions of aging and processing speed across 3 years. *GeroPsych*, 30(2):49-59.

Steinman, L. E., Frederick, J. T., Prohaska, T., Satariano, W. A., Dornberg-Lee, S., Fisher, R., ... & Late Life Depression Special Interest Project (SIP) Panelists. (2007). Recommendations for treating depression in community-based older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(3), 175-181.

Temple, J. B., Brijnath, B., Enticott, J., Utomo, A., Williams, R., & Kelaher, M. (2021). Discrimination reported by older adults living with mental health conditions: types, contexts and association with healthcare barriers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1003-1014.

Uncapher, H., & Areán, P. A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 188–192

Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatric Services*, 55, 1237-1249

Villaverde Ruiz, M. L., Fernández López, L., Gracia Marco, R., Morera Fumero, A., & Cejas Méndez, R. (2000). Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35(5), 277-282.

Viviani, C. A., Bravo, G., Lavallière, M., Arezes, P. M., Martínez, M., Dianat, I., ... & Castellucci, H. I. (2021). Productivity in older versus younger workers: A systematic literature review. *Work*, 68(3), 577-618.

Williams, K., Shaw, C., Lee, A., Kim, S., Dinneen, E., Turk, M., ... & Liu, W. (2017). Voicing ageism in nursing home dementia care. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(9), 16-20.

Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta analysis of 10 years of practice based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1-37

Capítulo VIII: SUJECIONES y CONTENCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN LAS PERSONAS MAYORES: DETRACTORES DE SALUD

Agüera, L, Moríñigo, A, Olivera, J, Pla, J, Azanza, JR (2017). Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada. *Psicogeriatría*, 7 (1), 1-37.

Ballard, C, Gauthier, S, Cummings, J, Brodaty, H, Grossberg, G, Robert, P, Lyketsos, C (2009). Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nature Review of Neurology*, 5, 245-55. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.39>

Burgueño, A (2013). Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposibles. 10 argumentos a favor de la tolerancia cero al uso en personas mayores. Lo aprendido en el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”. *Informaciones Psiquiátricas*, 212, 153-168.

Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1), e0220857, 1–24.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

Comité de Bioética de España (2016), Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.

Cummings, JL, Mega, M, Gray, K, Rosenberg-Thompson, S, Carusi, DA, Gornbein, J (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44 (12), 2308-2308. <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>

Dyer, SM, Harrison, SL, Laver, K, Whitehead, C, Crotty, M (2017). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 30 (3), 295-309.

<https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>

Gac, H (2012). Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (1), 31-35. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70270-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70270-5)

Garre-Olmo J. (2018): Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*;66 (11):377-386.

Olazarán-Rodríguez, J, López-Álvarez, J, Agüera-Ortiz, LF., Muñiz, R (2016). Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad. *Psicogeriatría*, 6, 91-98.

Olivera, J, Val, MJ, Hermoso, C, Pelegrin, C. (2015). Uso de antipsicóticos fuera de indicación en los mayores. *Informaciones Psiquiátricas*, 220, 23-30.

Pinazo-Hernandis, S; Pinazo-Clapés, C; Sales, A. (2020), Mujeres mayores y psicofármacos. Historia de un abuso (pp. 139-164). En: E. Arostegui (ed), *Mujeres y psicofármacos*. Instituto Deusto de Drogodependencias.

Pinazo-Hernandis, S. (2021). Salud mental en hombres y mujeres mayores: Abuso de sujeciones químicas con psicofármacos y tratamientos inadecuados. (pp. 45-70). En: A. Moro (dir), *Consumo de drogas de larga evolución en personas adultas*. Instituto Deusto de Drogodependencias.

Salgueiro, E, Elizalde, BC, Elola, AI, García-Pulido, B, Nicieza-García, ML, Manso, G (2018). Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53 (5), 274-278. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.001>

SEGG (2023). Documento técnico Cuidado sin sujeciones. SEGG.

Capítulo IX: ACCESIBILIDAD A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MEDIO RURAL: UNA EXPERIENCIA DE BUENAS PRÁCTICAS

Anderson D., WMJ. (2021): Residence Predicts Lower Cardiac Mortality and better Mental Health Outcomes.

Añel Rodríguez R., Astier Peña P. (2022): Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor de protección de la salud. *Rev Clin Med Fam*, vol 15,2.

Baker R., Freeman G.K., Haggerty J.L., Bankart M.J., Nockels K.H. (2020): “Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review”. *Br J Gen Pract*.

Consejo Económico y Social de España (2022): Un medio rural vivo y sostenible.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) (2023): Informes de Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas.

FOESSA (2021): Informe Sociedad expulsada y derechos a ingresos. Análisis y perspectivas.

<https://www.caritas.es/main-files/uploads/2021/10/analisis-y-perspectivas-2021.pdf>

Grupo de Trabajo de Medicina Rural de Semfyc. (2016): Declaración de Ávila. <https://www.semfyc.es/wpcontent/uploads/2017/02/Declaraci%C3%B3n-de-%C3%81vila.pdf>

Guía de Servicios Sociosanitarios en el Alto Palancia (2018): Zona de Salud de Segorbe, Mancomunidad Alto Palancia, Ayuntamiento de Segorbe.

Hernández Rodríguez M.A., Sempere Verdú, E., Vicens C. et al. (2020): “Evolution of polypharmacy in Spain population 2005-2015: a Database Study”. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015): Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid.

Palacio J. (2019): “Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente”. *AMF*, 15.

Reig Martínez E., Goerlich Gisbert F.J., Cantarino Martí (2016): Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local. Fundación BBVA, Madrid.

Robles Pellitero S., Monfort Lázaro M. y Méndez García T. Miembros del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC (2023): “España. Relieve rural”. *Atención Primaria*, 55.

Robles Pellitero, S, Monfort Lázaro, M y De la Casa, M. (2022): “Inequidades en Salud. El territorio como eje de desigualdad”. VI Jornada Semfyc de Medicina Rural.

Robles Pellitero, S. (2022): I Congreso Internacional de accesibilidad a los sistemas públicos de salud. Accesibilidad en Zonas Rurales.

Ruiz Álvarez M. et al. (2010-2021) Los Determinantes Sociales de la Salud en España. RESP, revista Española de Salud Pública.

Simó, Juan. (2018): “Enfermedad y enfermar en la vejez. Cifras acerca de vivencia de pacientes versus profesionales”. Jornada SIAP Zaragoza. <https://www.youtube.com/watch?v=buK1dfTjOXA>

Capítulo X: LECCIONES APRENDIDAS DE PROYECTOS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL CON UN ENFOQUE DE DERECHO A LA SALUD

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general Nº 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 agosto 2000, E/C.12/2000/4, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

CSDH, W. (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. (2013): “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. Revista Panamericana de Salud Pública. Mar;33(3): 223-9.

Marmot, M., & Bell, R. (2019). Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ, l251.

<https://doi.org/10.1136/bmj.l251>

Médicos del Mundo (2022). Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas.

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/informe-de-barreras-al-sistema-nacional-de-salud-en>

Médicos del Mundo. (2021). Estudio del impacto sociosanitario del COVID-19 en poblaciones vulnerables en España. Recuperado de: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/memoria_de_actividades_2021_medicosdelmundo.pdf

OMS (2017) Atención integrada para personas mayores (AIPM) Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca. OMS

Otra bibliografía consultada:

Médicos del Mundo (2021): Lecciones aprendidas de la pandemia COVID-19 en hospitales y centros sociosanitarios en España. Escuela de Salud Pública de Menorca.

<https://www.youtube.com/watch?v=3meY6c90oYY>

<https://sway.office.com/G1EQ7Q1cJT6TwUqV>

Médicos del Mundo (2022). Web del congreso de I congreso de atención integral a personas mayores en situación de exclusión social. Universidad de Almería/MdM

<https://congresomedicosdelmundo.meetapp.es/#/auto-login/67bc4c90-b4c3-4349-8fc5-ad6ec65dd0f2>

HelpAge España (2021). El Derecho de las personas mayores a la salud y a la calidad de vida.

https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/10/HelpAge_Cuaderno-2_Derecho-a-la-Salud-y-Calidad-de-Vida.pdf

HelpAge España (2021). El derecho a los cuidados de las personas mayores https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf

SociaES&c=INEseccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios

SocSatellite?L=esES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

Ministerio de Sanidad (2021): Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021.

Observatorio del Voluntariado (2022): Informe “La acción voluntaria en 2022” de Plataforma del Voluntariado de España.

OMS (2022): Global oral health status report.

Razo González, A.M, Díaz Castillo, R. y López González, M.P. (2018): “Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores”, Conamed, vol.23,2.

Elder Law: current issues and future frontiers. Israel Doron, 2006. Eur J Ageing (2006) 3: 60–66, DOI 10.1007/s10433-006-0019-z



Este Informe aborda la discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud, a partir de un enfoque basado en los derechos.

Se parte de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por ello, desde una perspectiva holística y transversal, el Informe aborda los aspectos físicos y mentales de la salud, pero también otros determinantes que se relacionan con ella, como la pobreza, el género o la ruralidad.

El Informe ofrece un aporte cuantitativo y cualitativo de la salud y las personas mayores, deteniéndose en cuestiones como la prevención, la salud mental, las sujeciones o la inteligencia artificial. Analiza críticamente la normativa que, a distintos niveles, regula el derecho a la protección de la salud de las personas mayores, y comenta las políticas públicas que, en los ámbitos autonómico, estatal y europeo, tratan de erradicar cualquier tipo de discriminación en este ámbito.



Instituto de
Derechos Humanos
UNIVERSITAT ID VALÈNCIA

Financiado por

