



HelpAge
España

*las personas
mayores cuentan*

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

RESUMEN EJECUTIVO

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:



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 Geriatria 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 Geriatria y Gerontología), José Tarazona Santabalbina (Doctor en medicina y especialista en geriatría, actualmente Vocal clínico en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología), Andrés Losada (Vicepresidente de Gerontología de la Sociedad Española de Geriatria 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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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, redunda 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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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.



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

