

Discriminación por edad (edadismo) en los mundos social y sanitario.

Age discrimination (ageism) in the social and health worlds.

José Manuel Ribera Casado

josemanuel.ribera@salud.madrid.org
Catedrático Emérito de Geriátría (UCM).

Recibido: 30/01/2025

Aceptado: 17/03/2025

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 36 - Junio de 2025.

Cómo citar este artículo:

Ribera Casado, J.M. (2025). Discriminación por edad (edadismo) en los mundos social y sanitario. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (36), pp 12-29.

RESUMEN

El edadismo en cualquiera de sus formas conlleva consecuencias negativas de todo tipo. Incorpora sesgos, influye en la forma de entender la vida y de aplicar las normas de comportamiento social, incluyendo aquellas directamente relacionadas con la atención al mayor desde la medicina o desde cualquier otro ámbito. A través del edadismo se atacan principios bioéticos esenciales como los de equidad, beneficencia y autonomía. Sectores muy amplios de nuestra sociedad consideran a la población mayor como un grupo homogéneo, poco racional, necesitado de tutela y al que se responsabiliza de toda suerte de males sociales. De la misma forma cabe interpretar como una discriminación por edad otros muchos aspectos. Entre ellos el tema de las barreras ciudadanas, la tibieza con la que las administraciones arbitran recursos sociales para la población mayor, como demuestra la aplicación llena de problemas de la conocida como Ley de Dependencia. Como punto de partida para cualquier campaña orientada a luchar contra la discriminación por edad debemos asumir que los ancianos desean ser bien atendidos y bien cuidados, tanto en su vida diaria habitual como cuando se enfrentan a problemas de salud. La discriminación por razones de edad atenta contra el derecho, contra la ética (principio de equidad), contra la tradición médica (juramento hipocrático) y contra la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE

Edadismo, personas mayores, discriminación, salud, sanitario, social.

ABSTRACT

Ageism in any of its forms has negative consequences of all kinds. It incorporates biases, influences the way of understanding life and of applying the rules of social behaviour, including those directly related to the care of the elderly in medicine or in any other field. Through ageism, essential bioethical principles such as equity, beneficence and autonomy are attacked. Very broad sectors of our society consider the elderly population as a homogeneous group, not very rational, in need of protection and responsible for all kinds of social ills. In the same way, many other aspects can be interpreted as age discrimination. These include the issue of citizen barriers, the lukewarmness with which administrations arbitrate social resources for the elderly population, as demonstrated by the problem-filled implementation of the so-called Dependency Law. As a starting point for any campaign to combat age discrimination, we must assume that the elderly want to be well looked after and well cared for, both in their daily lives and when faced with health problems. Age discrimination is against the law, against ethics (principle of equity), against medical tradition (Hippocratic oath) and against scientific evidence.

KEYWORDS

Ageism, older people, discrimination, health, health, health, social.

1. INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española (RAE) introdujo oficialmente en su diccionario en noviembre de 2022 el término “edadismo”. Lo definió como la “discriminación por razón de edad de las personas mayores o ancianas”. La palabra procede del inglés “*ageism*”, un concepto introducido en la literatura por el psicogeriatra americano Robert Butler (1969). Durante los años siguientes diferentes autores ampliaron sus reflexiones sobre lo que lleva dentro la expresión “*ageism*”, y fueron incorporando nuevos componentes similares vinculados muy estrechamente con la población de más edad. Entre ellos el de “prejuicios”, que se relacionaría, dentro del campo afectivo, con la esfera de los sentimientos. También lo que conocemos como “estereotipos”, más próximo al mundo cognitivo o de las creencias. En ese marco la discriminación se ubicaría de pleno en el terreno que cabría considerar como operativo o de los comportamientos, siendo por ello lo más visible y, probablemente, el principal foco donde debemos centrar nuestra atención (Nelson, 2002), tal y como ha hecho la RAE.

Caben aún otras interpretaciones muy próximas al concepto de edadismo. Entre ellas la incluida bajo el término “paternalismo”. Las actitudes paternalistas las interpreta el diccionario de la RAE como la “tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre”. Se trataría, según el propio diccionario, de una “actitud benevolente e impositiva”, algo que atenta directamente contra el principio bioético de autonomía. En todo caso se trata de otra forma de comportamiento muy frecuente en la vida diaria, referida a la manera de relacionarse con las personas mayores.

Este trabajo no pretende ampliar el marco conceptual ni ser una aportación científica con un mayor o menor grado de originalidad. Existen otras vías para desarrollar estas tareas (Ribera Casado, 2024; 2016; 2023). Mi objetivo, reiterado siempre que se aborda el tema, no es otro que despertar conciencias y contribuir así a superar una gran lacra de nuestra sociedad en relación con sus miembros de mayor edad. Actualizar una cuestión que se encuentra muy en la línea de los principios rectores de la Fundación Caser y de ésta, su publicación estrella. Me centraré, sobre todo, en dos aspectos. El primero y fundamental es hacer visible, una vez más, el problema. Sacar de nuevo a la luz el fenómeno de la discriminación, tan universal en su temática como extendido entre la ciudadanía, y siempre poco valorado –cabría decir ignorado– por la mayoría de nuestra sociedad. Exponer formas de discriminación centradas, esencialmente, en el ámbito social, pero también en el referido a la salud. Junto a ello reflexionar en voz alta sobre sus posibles causas y acerca de lo que cabría considerar como formas más adecuadas para enfrentarnos al mismo en un intento mantenido y siempre necesario por hacerlo revertir.

En el plano teórico la cuestión no ofrece dudas. No se puede discriminar. Lo dice la Constitución Española de 1978 en su artículo 14: “Los españoles son iguales ante la ley, sin discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión u otra condición”. También, referido a la salud, lo explicita la Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 1.2: “son titulares

del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles”. Incluso insiste en ello el artículo 16 de las normas rectoras de la Organización Médica Colegial: “el médico nunca puede discriminar por razones de edad”.

Si acudimos a Europa nos encontramos con lo mismo. El Tratado de la Unión Europea (UE) habla de que “la protección contra la discriminación por motivos de nacionalidad, género, origen racial o étnico, religión o creencia, discapacidad, edad u orientación sexual es un derecho fundamental de la ciudadanía de la UE”. En la misma línea, de manera también muy explícita la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea señala que “se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de edad”.

Vemos, como punto de partida, que a nivel de principios la cuestión está muy clara. La discriminación por edad es algo proscrito en los documentos referenciales de España y de Europa. Hacerlo supone atentar contra la seguridad de la persona mayor en cualquier nivel, incluido lo que conocemos como el llamado mundo “socio sanitario”. Sin embargo, la vida diaria muestra que sus formas de manifestarse son infinitas e incorporan cuestiones relacionadas con aspectos sociales y también con muchos otros referidos a la salud. La sociedad en general, los profesionales y los propios interesados son poco conscientes en la práctica de la existencia de este fenómeno y mucho menos de su magnitud.

El edadismo en cualquiera de sus formas conlleva consecuencias negativas de todo tipo. Malas para los interesados, las personas mayores víctimas de estas conductas, pero también para el conjunto de la sociedad. Incorpora sesgos e influye en la forma de entender la vida, de aplicar las normas de comportamiento social, incluyendo aquellas directamente relacionadas con la atención al mayor desde la medicina o desde cualquier otro ámbito (Lenchik et al., 2023). Unos sesgos que pueden dar lugar a decisiones profundamente negativas y evitables con incidencia directa en la vida del colectivo de más edad.

A través del edadismo se atacan principios bioéticos esenciales como los de equidad, beneficencia y autonomía. Por ceñirme únicamente a este último y como un mínimo elemento para la reflexión cabría preguntarse en qué medida el ciudadano normal de edad avanzada que convive con generaciones más jóvenes de su propia familia, participa en decisiones tan comunes y cotidianas como pueden ser su tipo de vida dentro del ámbito familiar, su alimentación diaria, la elección de la ropa que debe comprar y utilizar, la gestión de su tiempo libre, de sus vacaciones e incluso de su economía. Igualmente, por supuesto, de todo lo relativo a la salud y a sus enfermedades. La variabilidad es enorme, pero en términos generales, y sobre todo cuando se convive integrado en un núcleo familiar que incluye a generaciones más jóvenes, aunque esto tenga lugar en el propio domicilio de la persona mayor, buena parte de las decisiones en este terreno le van a venir dadas desde fuera con escasas opciones de participación directa.

2. DISCRIMINACIÓN SOCIAL POR EDAD

Sus formas de aparición son infinitas. En muchas ocasiones se manifiestan en aspectos de carácter general relacionados con el colectivo. Sectores muy amplios de nuestra sociedad consideran a la población mayor como un grupo homogéneo, poco racional, necesitado de tutela y al que se responsabiliza de toda suerte de males sociales. Ello determina de manera automática argumentos negativos basados en la edad a la hora de sugerir soluciones para muchos de los problemas que afectan a la sociedad en su conjunto. Poner algunos ejemplos al respecto constituirá la segunda parte de este apartado. Antes, recogeré algunos testimonios significativos en orden a cuantificar el problema. Son datos ofrecidos en algunos casos por organismos internacionales. En otros proceden de encuestas llevadas a cabo entre los propios interesados o entre profesionales que, por trabajar con personas mayores, pueden sentirse más próximos al colectivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba en 2016 que un tercio de la población europea de edad avanzada se consideraba víctima de conductas edadistas y que, de hecho, la mitad de la población adulta en Europa era discriminada por edad (WHO, 2016). En España lo hace el 45% de la población (El País, 2024). En la misma línea una encuesta llevada a cabo en los Estados Unidos con una muestra representativa de 2035 ciudadanos de edades comprendidas entre los 50 y 80 años concluía que el 93.4% se sentían víctimas habituales de prácticas edadistas (Allen et al., 2022).

En España también disponemos de algunos datos de interés. En enero de 2016 la Unión Democrática de Pensionistas llevó a cabo una encuesta telefónica de ámbito estatal con una muestra de 409 personas mayores de 65 años que vivían en la comunidad. Entre sus resultados más llamativos referidos a la esfera social destacaré que cerca del 20% de los consultados se consideraban víctimas de falta de consideración, menosprecio o “estigmatización” por la edad. Un 14% se quejaban de chistes con burla de la persona mayor. Un 11% decían ser protagonistas de lenguaje despectivos (viejo, abuelo). El 8.6% denunciaban que habían intentado engañarles en su banco debido a su condición de persona mayor. De infantilización en el trato hablaba otro 8.3% (UDP, 2016).

El tema de los abusos y malos tratos requiere una consideración específica. Por razones de espacio, no va a tener cabida en estos comentarios. Contrariamente a lo ocurrido con los malos tratos en la infancia o contra la mujer, en el caso de las personas mayores no se ha logrado hasta el momento un eco social equivalente y constituye en la práctica una lacra mucho más oculta. Evidentemente, representa otra forma de edadismo. Son conductas tan frecuentes como poco valoradas por la sociedad. Se plantean en el plano físico, en el psicológico y también en el económico. En este último caso no es infrecuente que la familia juegue con la economía del abuelo con o sin su consentimiento, ni que estos puedan ser víctimas de las entidades financieras (baste recordar la edad mayoritaria de las víctimas del caso conocido como las “preferentes” o el de las estafas multidivisas) (Zunzunegui et al., 2017). Son abusos que constituyen una forma de discriminación, tanto por los motivos que los determinan como por la tipología y edad mayoritaria de los estafados.

En 2013 la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) llevó a cabo una encuesta electrónica a este respecto entre sus socios. Respondieron 175 profesionales del cuidado del mayor, con una edad media de 45.4 años y, muy importante, un tiempo medio de experiencia trabajando con personas mayores de 17.2 años. El 63% de las respuestas procedían de mujeres. Eran médicos el 52%, aunque había otras nueve profesiones representadas de las que la mayoritaria (16%) eran psicólogos. La encuesta constaba de 28 preguntas y, a cada una de ellas, había que responder con un sí o un no. El planteamiento común en todas ellas consistía en: “¿Considera Vd que en la práctica habitual existe discriminación en...?” Los resultados principales a las preguntas sobre cuestiones que cabría calificar como de carácter social se expresan en la Tabla 1 (Ribera Casado et al., 2016; Fernández Ballesteros et al., 2016).

Tabla 1. Respuestas a la encuesta SEGG sobre discriminación por edad. Preguntas relativas al ámbito social.

Pregunta	Porcentaje
Al hablar con las personas mayores en servicios, centros o residencias se sube el tono de voz.	90
Al hablar con los mayores a menudo se les trata como si fueran niños pequeños (diminutivos, tono agudo).	87
Los profesionales que dispensan servicio a una persona mayor acompañada, a menudo se dirigen al acompañante y hablan de la persona mayor en tercera persona.	85
La mayoría de centros gerontológicos pautan el día a día de las personas mayores sin permitir opciones.	84
Es frecuente tratar a la persona mayor como si fuera un objeto (cuando se le ducha, moviliza, o se le “aparca” en la espera de un ascensor).	83
Al hablar con y de las personas mayores se emplean términos inadecuados (p. ej. “abuelo/a”).	82
Al dispensar diversos servicios a menudo se muestra falta de respeto en el trato (p. ej. el tuteo).	71
Se realizan comentarios inapropiados cuando se lleva a cabo el aseo de personas mayores hospitalizadas.	62
Se atribuyen sus males a “cosas de la edad”.	33
No oyen por la edad.	18
No entienden lo que se les dice por la edad.	16

Fuente: Ribera Casado et al. (2016).

Los porcentajes de respuestas afirmativas son impresionantes. Resultan muy significativos si consideramos que los encuestados conocen bien la materia sobre la que opinan. Recuerdo que son profesionales de la atención al mayor y que llevan trabajando con este colectivo por término medio más de 17 años. Estas respuestas parecen especialmente aplicables a lo que consideramos centros sociosanitarios y residencias en general.

Cabe decir que las manifestaciones individuales o institucionales quejándose de “los viejos” o proponiendo unas soluciones que siempre se traducen en medidas en contra del colectivo son infinitas. Ello se observa al hablar de los problemas socioeconómicos, pero también en cualquier otra esfera. Algunas de las opiniones que voy a referir a continuación a modo de ejemplo podrían ser calificadas como “ocurrencias geniales” si no fuera por la tristeza y amargura que deja su lectura. Buena parte de estas referencias las he comentado previamente en la revista “Balance de la dependencia” con información procedente de la prensa, pero no hay que hurgar mucho para descubrir las muestras de imaginación de personas y colectivos de lo más variado que uno puede encontrar a diario en los medios de comunicación.

2012 fue declarado por Naciones Unidas como el “Año del envejecimiento activo y de la solidaridad entre generaciones”. Ello no fue obstáculo para que, en ese contexto, llegase el premio gordo en cuanto a manifestaciones espectaculares. En enero de 2013 la agencia EFE difundía una información, según la cual el ministro japonés de finanzas, Sr. Taro Aso, había declarado que “las personas mayores deben darse prisa y morir cuanto antes para aliviar los grandes gastos del estado en su atención médica”. La agencia calificaba estas opiniones como especialmente alarmantes habida cuenta de que en esos momentos el 25% de la sociedad japonesa había superado los 60 años y que el propio Sr. Ministro, autor de tan destacada joya intelectual, también había rebasado esa edad.

No fue la única perla ni tampoco el único genio en expresar así sus pensamientos. Tampoco hace falta marcharse hasta el Japón. En ese mismo año 2012 se produce una crisis económica mundial. Aquí, en Europa, un experto en economía, con responsabilidad en un organismo supranacional de primer nivel, llegaba a la conclusión, publicada a bombo y platillo, de que los problemas vienen porque “las previsiones en lo que a expectativa de vida se refiere se han quedado cortas. Vivimos más de lo previsto y no hay dinero para pagar ese plus en pensiones, hospitales, medicinas, dependencia, cuidadores y gastos varios en materia de salud”. Se trata de una opinión compartida por una buena parte de la sociedad. En definitiva, las personas ancianas son las que más gastan en salud y, probablemente, fueron las principales responsables de aquella crisis. En justa correspondencia de manera inmediata, a modo de castigo corrector, se tomaron medidas agresivas y discriminatorias contra ellas. En el campo de los fármacos, por ejemplo, aquí en España, se inventaron el llamado “euro por receta”, el “medicamentazo” o la necesidad de superar múltiples barreras administrativas para poder acceder a determinados servicios farmacéuticos.

Por esas mismas fechas, muy en línea con lo anterior, grandes titulares de prensa afirmaban que “la crisis y el envejecimiento son consideradas como principales amenazas del sistema nacional de salud, según los expertos participantes” (Médicos y pacientes, 2016). Mientras tanto, *sensu contrario*, un reputado experto afirmaba que “la sociedad española y sus agentes más cualificados (gobiernos e interlocutores sociales) siguen practicando una descomunal discriminación por edad. Especialmente en el mercado del trabajo, pero también en otros ámbitos” (Herce, 2016).

Otro ejemplo significativo y curioso, por no decir sorprendente, del año 2012. Un sindicato bien conocido (USO), que presume de izquierdismo, hacía público un documento referido a la Universidad Complutense (UCM), en el que manifestaba su “preocupación por la situación de la Universidad”. Repartía culpas entre los gestores anteriores de la propia universidad, el gobierno central y el autonómico, y se ofrecía para “aportar ideas concretas” que permitieran mejorar esa “crítica situación”. Su reflexión no daba para mucho. Se limitaba a una sola idea: dejar de pagar a los profesores eméritos. Decía que no hacerlo así sería “moralmente inaceptable”. Ese dinero se designaría a contratar profesores jóvenes. Ser nominado emérito quedaría como una gratificación moral, aunque quienes lo fueran deberían ofrecer a la UCM “su experiencia, su tiempo y sus conocimientos”. La propuesta venía de un sindicato autodenominado “de clase”.

En el apartado de las “ocurrencias” añadiré otro ejemplo autóctono que tampoco tiene desperdicio. En 2015, quien era en esos momentos un líder político al alza, el Sr. Albert Rivera, proclamaba de manera solemne que sólo quienes habían nacido después de 1978 (en algún discurso dijo de 1975, que da lo mismo) podían ocupar cargos de responsabilidad en política, ya que a partir de esas edades las personas se iban volviendo progresivamente corruptas según envejecían. Tampoco era tan disparatada la idea del Sr. Rivera. Pocos años antes se había publicado un trabajo que recogía la proporción de personas mayores de 65 años que formaban parte como parlamentarios de las cortes españolas, de los parlamentos autonómicos, de los ayuntamientos de las 10 ciudades más habitadas del país y de las ejecutivas de los principales partidos políticos. En ningún caso esa proporción llegaba al 5%. Considerando que la tasa de población mayor elegible, una vez excluidos los niños, giraba alrededor del 30% del total, sobran los comentarios. Marginar es otra forma de discriminación social.

Si venimos a fechas más inmediatas no parece que haya muchos cambios. En este último mes de agosto (año 2024) podemos leer cómo un columnista afamado del periódico “El País” se sumaba al carro. Defendía la idea de rebajar la edad de votación a los 16 años con el argumento único de que hacerlo así valdría para “compensar la tiranía que representa la sociedad gerontocrática en la que vivimos” (Del Molino, 2024). En las semanas en que escribo estas hojas se pueden leer titulares de prensa con lamentaciones a propósito del “tsunami” demográfico en el que nos encontramos, “El envejecimiento de la población es una ola que nos está arrollando”.

Omito entrar en detalle sobre otras “ideas geniales”, como las protestas airadas de quienes consideran que a partir de determinada edad habría que quitar a la persona su licencia para conducir o privarla de otros derechos comunes. O el agravio administrativo que representa la jubilación forzosa para el ejercicio profesional a partir de algún momento, simplemente ateniéndose al calendario. Añadamos cuestiones como las dificultades para el ejercicio del voluntariado o para recibir una retribución por cualquier trabajo una vez producida la jubilación. Las dificultades para una integración efectiva son enormes. Muy importantes y significativas resultan las dificultades para encontrar trabajo a partir de determinada edad. Un estudio reciente nos dice que un parado de 49 años, cuando busca trabajo, debe enviar el doble de currículos que otro de 35 simplemente para conseguir una entrevista (El País, 2024).

De la misma forma cabe interpretar como una discriminación por edad otros muchos aspectos. Entre ellos el tema de las barreras ciudadanas, la tibieza con la que las administraciones arbitran recursos sociales para la población mayor, como demuestra la aplicación llena de problemas de la conocida como Ley de Dependencia. También la tardanza con la que se han puesto en marcha proyectos de investigación gerontológicos o el retraso con el que se incorporan a los programas curriculares de las universidades los contenidos geronto- geriátricos en las facultades correspondientes.

Para cerrar este apartado no me resisto a dejar de citar como forma de discriminación el sectarismo del lenguaje, con las dificultades para encontrar un término correcto que no suene a insulto a la hora de denominar al colectivo. Borradas la palabra senil y sus derivados por las connotaciones negativas con que fueron castigadas por la sociedad hace ya muchas décadas, van entrando en el mismo saco las de viejo y/o anciano. Lo de tercera edad también cayó en desuso por razones similares y lo que ahora prima –adulto mayor- no pasa de ser un comparativo. En definitiva resulta extraordinariamente fácil encontrar un abanico enorme de muestras de discriminación social de cualquier naturaleza relacionadas con la persona mayor, tanto entendida individualmente como cuando se la contempla como colectivo.

3. DISCRIMINACIÓN EN EL MUNDO DE LA SALUD

El mundo de la salud y sus profesionales no son ajenos a todo lo que llevo expuesto. Por sorprendente que pueda parecer, tampoco quienes se mueven en ese campo suelen ser muy conscientes de este fenómeno, sobre todo los médicos. Una gran parte de profesionales de cualquier especialidad médica discrimina, conscientemente o no, a la hora de prestar atención a sus pacientes. Así se desprende de forma bastante evidente cuando se les pregunta de una manera directa sobre el tema. Como punto de partida recurriré a los resultados derivados de la encuesta de la SEGG a la que me he referido más arriba (Tabla 2) (Ribera Casado et al., 2016; Fernández Ballesteros et al., 2016).

Tabla 2. Respuestas a la encuesta SEGG sobre discriminación por edad. Preguntas relativas al ámbito médico.

Pregunta	Porcentaje
¿Se discrimina en el acceso a unidades especiales de alto coste?	79
En el acceso a la alta tecnología.	76
En las indicaciones quirúrgicas.	76
En el acceso a cuidados especiales complejos (UVIs, UCI, coronarias, etc.).	71
En la aplicación de los protocolos clínicos.	64
Se discrimina en la confección de listas de espera quirúrgica.	63
Son excluidos de determinadas campañas preventivas (tabaco, cáncer de mama, etc.).	62
Se limita la prescripción de fármacos en función del coste elevado.	60
En caso de duda se pospone la atención en beneficio de un paciente más joven.	60

Fuente: Ribera Casado et al. (2016).

Como en el caso de las preguntas de carácter social aquí también las respuestas inculminatorias ofrecidas por profesionales del cuidado de la salud del mayor –sanitarios o no- son, igualmente, abrumadoras. Las revistas médicas de diferentes sociedades científicas vienen publicando desde hace más de 30 años estudios que confirman este hecho. Comentaré, de inicio, un par de ejemplos referidos al mundo de la oncología entre los muchísimos que se podrían seleccionar. En 2003 un estudio británico con 1652 respuestas procedentes de 48 hospitales comparaba el manejo de este tipo de pacientes en función de la edad. Establecía tres grupos, menores de 65 años, de 65 a 75 y mayores de 75. Encuentran grandes diferencias en cuanto a verificación histológica del tumor, manejo terapéutico y supervivencia en función de la edad. Interpretan que en el peor pronóstico de la población mayor jugaba un papel el tratamiento subóptimo al que suelen ser sometidos, basado en criterios de edad (Peake et al., 2003).

Otra encuesta semiestructurada danesa llevada a cabo entre miembros del staff de la universidad de Aarhus se preguntaba si se trata igual “a jóvenes y viejos con patología oncológica”. La gran mayoría de respuestas señalan que la edad no es motivo para tratar de manera diferente, pero todos creen que, de hecho, el joven: a) recibe un tratamiento más intensivo, b) se le dedica más tiempo en la consulta, c) se le asignan médicos más expertos (*seniors*), y d) su seguimiento

es más prolongado en el tiempo. Como razones para que esto sea así, se aduce el peor estado de salud de la población mayor y el menor grado de empatía del profesional por el individuo de edad avanzada (Melhsen et al., 2010). Las actitudes edadistas generan secuelas muy negativas para los pacientes con cáncer. Trabajos más recientes muestran que los médicos siguen dedicando muy poca atención al tema, lo que se traduce en que los estudios y las publicaciones científicas para combatir el edadismo sean muy escasos (Krasovistki et al., 2010; Haase et al., 2023).

Cambiando de tercio, otro ejemplo sangrante de discriminación por edad fue el proporcionado en 2017 por el llamado “Protocolo de atención y traslado urgente en el ataque cerebral agudo (Ictus agudo)”, promovido por una institución oficial como es la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. Una iniciativa muy adecuada y un documento muy oportuno y bien elaborado. Lástima de que a la pregunta de “¿Cuándo activar el código ICTUS?” se respondía que una condición indispensable era la de tener menos de 80 años (!!!) y ser independiente para las actividades de la vida diaria. ¡Como si las edades a las que aparece el problema fueran las de la primera comunión o las de la boda!

Si nos trasladamos al campo de la cardiología vemos que el cumplimiento de los protocolos establecidos para el manejo del paciente coronario agudo ofrece otro ejemplo típico de discriminación etaria. Estudios muy amplios realizados en lugares diferentes tienen todos en común que según aumenta la edad el incumplimiento del protocolo es mayor. Se tarda más en atender al paciente y en llevarle al hospital, se aplican peor los procedimientos diagnósticos establecidos, se cuestiona su ingreso en las Unidades Coronarias, se aplican peor los protocolos terapéuticos, sean estos proceder de revascularización o tratamientos farmacológicos, y se hace un seguimiento menos riguroso (Yan et al., 2006). La Revista Española de Cardiología, órgano oficial de la sociedad científica correspondiente, publicaba un artículo en este mismo sentido acompañado de una editorial donde se afirmaba que “España no es país para viejos con infarto agudo de miocardio” (Sabaté, 2017). En el campo de las medidas preventivas cardiovasculares ocurre algo parecido (White, 1997). Las llamadas para luchar contra el edadismo en cardiología aparecen ya editorializadas en revistas científicas de primer nivel desde el siglo pasado (Bowling, 1997).

Otro ejemplo llamativo lo constituye la exclusión prácticamente sistemática de población anciana en los ensayos clínicos, incluso cuando el medicamento testado vaya a ir dirigido de manera específica a unas enfermedades que aparecen de forma exclusiva o muy prevalente entre las personas de más edad. Esto ocurre en cualquier especialidad y está extensamente denunciado en la literatura médica (Lockett et al., 2019; Kuchel, 2019). Como muestra reciente sirve la práctica exclusión de personas mayores en los ensayos realizados para encontrar una vacuna adecuada durante para la COVID-19 (Helfand et al., 2020).

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto nuevamente con letras mayúsculas el tema del edadismo médico y social. A pesar de que la población de más edad del colectivo de enfermos

y fallecidos es más numerosa, se les han puesto todas las pegadas posibles a la hora de intentar aplicar una atención correcta. Limitaciones para acceder a servicios de urgencia hospitalaria, para su ingreso en unidades especiales (UCIs, UVIs) o meramente para hacerlo en el hospital. Hemos visto residencias convertidas en cárceles, dificultades infinitas no solo para comunicarse con la familia, sino incluso para comunicar a ésta los fallecimientos. Son hechos que han sido denunciados en los medios generales de comunicación y también cuantificados en la literatura científica, incluida la de nuestro país (Ribera Casado, 2020; 2020b).

En definitiva, cabe resumir que en el mundo de la salud la discriminación por edad está, igualmente, muy extendida. Se utiliza la edad como criterio de decisión, bien sea ésta de carácter clínico o administrativo, se generan menos programas dirigidos a los mayores y se aplican peor en relación con cuestiones tan básicas como la prevención, el cribado o la intervención. Existe una pobreza (o ausencia) de contenidos geriátricos en el currículo médico universitario. También en el de otras profesiones relacionadas con la atención a la persona mayor. Ha habido y aún hay reticencias infinitas por parte de determinadas CCAA para incluir la atención geriátrica especializada en sus carteras de servicios. Se excluye a la población mayor de los ensayos clínicos. Se producen retrasos que van más allá de la media en citaciones y en listas de espera. Resulta más difícil y existen reservas de naturaleza múltiple y variopinta para acceder a la alta tecnología y, evidentemente, tiene lugar una aplicación mucho más laxa de todo tipo de protocolos.

4. POSIBLES CAUSAS

A la hora de buscar explicación -razones- para entender esta forma de proceder tan solo cabe especular, aunque lo sea con un fundamento que parece bastante sólido. De todas formas existen, al menos, dos grupos de argumentos muy evidentes para entender -nunca justificar- este comportamiento. Argumentos que, a mi juicio, requieren poca discusión en cuanto a su evidencia se refiere. El primero se deriva de la menor capacidad de defensa ante cualquier tipo de agresión de que dispone la persona mayor según envejece.

Los cambios asociados al envejecimiento van limitando la capacidad funcional de nuestro organismo a todos los niveles. Consumimos y perdemos muchos de los mecanismos de reserva con los que hemos venido al mundo y también posibilidades de adaptación y capacidad de defensa, sobre todo en el terreno físico, pero no únicamente en esa esfera. Son pérdidas que comprometen, igualmente, al mundo de la psicología (mente) y a nuestro encaje en la sociedad, a nuestra manera de estar y de sentirnos en el mundo. Todo ello reduce las posibilidades de respuesta y, en una sociedad tan competitiva como la nuestra, conduce al colectivo de personas mayores a una situación de inferioridad a la hora de luchar por sus derechos y defender sus posibilidades en cualquier campo.

Muy ligado a lo anterior podría hablarse, también, de algo parecido a una cierta resignación no siempre consciente por parte del individuo de edad avanzada, ante algo que, con frecuencia,

considera inevitable. Una especie de fatalismo al que todos estaríamos abocados según envejecemos. Estoy jubilado -de vuelta-, me queda una expectativa de vida cada vez más corta y no tengo ganas de entrar en polémicas ni de pelear batallas que quizás no pueda ganar. La popular frase solicitando “que me dejen como estoy” sería una manera de expresar este fenómeno.

Un segundo grupo de argumentos, quizás más importante, aparece especialmente significado en el mundo de la medicina, aunque no solamente en él. Tiene que ver con lo que de una manera simplificada podríamos englobar bajo el epígrafe de “ignorancia”. Existen numerosos ejemplos de decisiones clínicas basadas en la edad, de forma apriorística y sin ningún tipo de soporte científico con el que corroborar los fundamentos sobre las que se sostienen. Así, cuando en 1978 se introdujo en medicina la técnica de la angioplastia para corregir las obstrucciones coronarias, uno de los principios establecidos gratuitamente por sus promotores a la hora de fijar sus indicaciones era el de que no debería aplicarse esta forma de tratamiento en pacientes por encima de los 65 años. Tan solo una década más tarde los beneficios contrastados más frecuentes y llamativos se detectaban precisamente en las personas que habían superado esa edad (Thompson et al., 1991).

Lo mismo ocurrió con los programas de diálisis crónica, lo que llevó a decir al presidente de Asociación Mundial de Nefrología 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). En este capítulo de la ignorancia podríamos incluir dos frases tan repetidas como odiosas y hasta ofensivas que escuchamos a diario. Hablo de esa lindeza que representa decirle a alguien que “a su edad qué querrá” o de la vía de escape y desconocimiento que se esconde detrás de “eso son cosas de la edad”. Todavía cabría añadir una tercera sentencia, igualmente ofensiva, de interpretación análoga: “bastante bien está usted para los años que tiene”. En la misma línea, con la ignorancia como coartada, cabría apuntar la exclusión de muchos pacientes mayores, apelando a su edad, a la hora de aplicar determinados protocolos de cribado y de tratamiento de procesos patológicos comunes en numerosas especialidades, rutinariamente utilizados en la población más joven. También su exclusión sistemática ya mencionada de los ensayos clínicos farmacéuticos.

El tema de los costes y, ligado a él, el recurso al sagrado principio de la eficiencia, ha sido y es otro argumento que se utiliza con frecuencia. Se recurre a ello cuando se establecen topes de edad para la práctica de procedimientos preventivos que han demostrado ser eficaces. Ejemplo típico y no único fue hace unos 40 años, la loable decisión de nuestro Ministerio de Sanidad de llevar a cabo mamografías diagnósticas de manera universal para la detección precoz del cáncer de mama. Recuerdo la imagen del entonces director general del INSALUD justamente entusiasmado al anunciar una medida preventiva de tan enorme calado. El problema era que su aplicación se limitaba a las mujeres menores de 60 años. La razón única para esa decisión nada tenía que ver

con la medicina, simplemente hasta ahí llegaba el presupuesto destinado a este fin. Con el tiempo la edad se elevó hasta los 65 años y más tarde hasta los 70. Creo que ahí estamos ahora.

A que exista y se manifieste la discriminación por edad contribuyen otros muchos factores. Algunos muy próximos entre sí desde un punto de vista conceptual. Hago referencia a las decisiones basadas en lo que al inicio de este texto calificaba como paternalismos, prejuicios o estereotipos. Se trata de algo que, en el fondo, no representa en sí mismo sino otras formas de discriminación que se superponen entre sí con enorme frecuencia y contribuyen a potenciar el fenómeno. Hay más razones para entender lo extendido de la discriminación o de cualquier otra forma de edadismo. Algunas, quizás, poco confesables. Entre ellas la tendencia a la simplificación por parte del encargado de la atención al mayor en cualquiera de sus formas, optar por lo fácil y cómodo, algo a lo que se apuntan sin pudor ni mala conciencia, con más frecuencia de la deseable, algunas administraciones y muchos profesionales responsables del cuidado de la persona mayor. Muy próximas a ello y también vinculadas muchas veces a las administraciones y a los propios profesionales estarían las ya mencionadas razones que cabe denominar económicas, ahorrar tiempo, recursos y dinero. Lo del tiempo es un argumento que se escucha de forma reiterada en el caso de los médicos.

5. CÓMO SE PODRÍA COMBATIR ESTA PLAGA

Como punto de partida para cualquier campaña orientada a luchar contra la discriminación por edad debemos asumir que los ancianos desean ser bien atendidos y bien cuidados, tanto en su vida diaria habitual como cuando se enfrentan a problemas de salud. En este último campo resulta significativo el resultado de una encuesta llevada a cabo por la compañía aseguradora Sanitas hace pocos años en la que se concluía que “los cuatro servicios médicos más importantes para los mayores de 60 años eran Medicina de Familia, Geriátrica, Fisioterapia y Rehabilitación”, casualmente se trata de aquellas especialidades más próximas a los problemas médicos que plantea al anciano (La Vanguardia, 2016).

Ya he señalado que según envejecemos aumentan las limitaciones físicas, psicológicas y sociales. También, que las personas mayores suelen disponer de un menor nivel cultural que las generaciones más jóvenes. Y, desde luego son peores sus condiciones de vida en cuanto a grupo, lo que se traduce en niveles más altos de pobreza, soledad y situaciones de abandono. La soledad no deseada es una condición en la que viven alrededor de una cuarta parte de los españoles mayores de 65 años. Todo lo anterior determina una menor capacidad de defensa ante cualquier tipo de agresión. Además, a la hora de prestarles atención dan más trabajo al profesional. Pero lo importante dentro de este capítulo es recordar que tienen los mismos derechos que cualquier ciudadano de otra edad.

La discriminación por razones de edad atentan contra el derecho, pero también lo hace contra la ética (principio de equidad), contra la tradición médica (juramento hipocrático), contra

la evidencia científica, como ya he señalado con algunos ejemplos, y peor aún, hasta contra el sentido común. ¿Dónde, a qué edad habría que poner el punto de corte para tomar decisiones en base a la edad? El envejecimiento es un proceso tremendamente variable en su cadencia de desarrollo y manifestación. Esto es así tanto en el plano interpersonal como, incluso, dentro de los componentes orgánicos de un mismo individuo. Lo es desde cualquier perspectiva que se contemple y, por consiguiente, no resulta posible establecer una edad fija determinada para poder considerar que una persona ha entrado en la categoría de vieja o anciana.

En todo caso la pregunta sería cómo podemos mejorar el panorama, cómo hacer realidad el lema de Naciones Unidas de 2012 que habla de “solidaridad intergeneracional” y de “una sociedad para todas las edades”, o cómo llevar a la realidad la recomendación de un “envejecimiento activo”, emanada de la 2ª Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid, 2002). Las posibles sugerencias en este terreno solamente pueden ser orientativas y admiten una enorme variabilidad de actuaciones dependientes de factores que van desde la geografía hasta el entorno social y humano al que se dirijan.

En todo caso, conseguir una sociedad más solidaria en términos de edad y con un grado más elevado de participación social por parte de las personas mayores, constituye un reto que es imprescindible afrontar. Existen numerosas vías para hacerlo. Recordaré algunas sugerencias poco discutibles a las que, con las adaptaciones pertinentes, siempre será posible recurrir. En todo caso el punto de partida estriba en reconocer el hecho de que el problema existe y nos compromete a todos como individuos y como colectivo.

Quizás el principal punto tiene que ver con el tema de la educación. Hay que intentar educar a la sociedad en general, a los profesionales, a las administraciones y al propio anciano. Es necesario convencer al profesional, tanto en el medio sanitario como en el social, de que la edad no es una enfermedad ni se puede tomar como criterio de exclusión para nada. Todos debemos huir de la resignación, el sanitario, el cuidador, las administraciones, el propio interesado y su entorno. Conseguir que los mayores no se aíslen, que participen más en las tareas comunes (¡que se asocien!) y que sean capaces de reivindicar sus derechos por cualquier medio a su alcance (¡que protesten!).

En definitiva, debemos luchar para lograr un compromiso por parte de todos. De los educadores a cualquier nivel, desde los maestros de educación primaria hasta los profesores universitarios. Comprometer a los medios de comunicación de cualquier naturaleza, prensa escrita, radio o televisión, estando siempre atentos a la réplica cuando, como observadores externos, percibamos conductas o comentarios edadistas del tipo que sean. Por supuesto, como acabo de señalar, exigir un compromiso por parte de los profesionales de la atención al mayor, correspondan estos al mundo sanitario o al social. Involucrar, también al máximo, como queda dicho, al propio colectivo de las personas mayores, fomentar el asociacionismo y no tener ningún reparo en presentar quejas y denuncias. Que no se callen, que salgan a la calle si es preciso en defensa de sus derechos.

“Enfrentar la discriminación por edad” fue el lema elegido por Naciones Unidas para conmemorar el Día Internacional de las Personas Mayores en el año 2016. Con ese motivo la ONG *HelpAge International* buscó y ofreció testimonios de todo el mundo denunciando este hecho. Entre ellos -y valga como cierre de estos comentarios- se incluía uno muy significativo que señalaba como “la discriminación por edad humilla a los mayores. Les hace sentirse invisibles y subestimados, como si su existencia no aportara nada a la sociedad. Además, se ha convertido en uno de los mayores obstáculos para la inclusión de los mayores en la sociedad, siendo el motor que está detrás de la negación de los derechos de los mayores” (HelpAge International, 2016). Su campaña en este terreno afirmaba que enfrentarse a la discriminación por edad constituía la mejor forma para poder “alcanzar el fin último de mejorar las experiencias diarias de las personas mayores y optimizar las intervenciones políticas”. ¡Que todos nos demos por aludidos!

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J.O., Solway, E., Kirch, M. (2022). Geriatrics Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA Network Open*. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17240
- Bowling, A. (1999). in cardiology. *Br Med J*, 319, pp 1534-5.
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, pp 243- 245.
- Del Molino, S. (2024). *El País*, Pg 13. <https://elpais.com/opinion/2024-08-14/que-voten-los-jovenes-para-evitar-la-gerontocracia.html>
- El País, Editorial. (2024). Combatir el edadismo.
- 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, pp 453-55.
- Haase, K.R., Sattar, S., Pilleron, S. (2023). A scoping review of towards older adults on cancer care. *J Geriatr Oncol*, 14, 16.
- Helfand, B.K.I., Webb, M., Gartaganiss, S.L. (2020). The exclusion of older persons from vaccine and treatment trials for coronavirus disease. Missing the target. *JAMA Intern Med*, 180, pp 1546-49.
- HelpAge International. (2016). Revista Entre Mayores. <https://www.helppage.es/adultos-mayores-demandan-accion-para-acabar-con-la-discriminacion-por-edad/>
- Herce, J.A. (2016). Pensiones y gestión social de la edad. *El País*, Pg.13. https://elpais.com/elpais/2016/09/02/opinion/1472836069_558743.html
- Krasovistki, M., Portes, I., Tuch, G. (2023). The impact of ageism in the care of older adults with cancer. *Curr Opinion Support Palliative Care*, 17, pp 8-14.
- Kuchel, G.A. (2019). Including older adults in research: Ensuring relevance, feasibility and rigor. *J Am Geriatr Soc*, 67, pp 203-4.

- La Vanguardia. (2016). Redacción médica. <https://www.lavanguardia.com/vida/20160509/401674178352/sanitas-lanza-el-seguro-sanitas-mas-vital-para-las-personas-mayores-de-60-anos.html>
- Lenchik L, Steinbach L, Boutin RD. (2023). Ageism in society and its health impact. *Am J Radiol*, 220, pp 1-2.
- Lockett, J., Sauma, S., Radziszewka, B., Bernard, M.A. (2019). Adequacy of inclusion of older adults in NIH-funded phase III clinical trials. *J Am Geriatr Soc*, 67, pp 218-22.
- Médicos y pacientes. (2016). *Revista de Organización Médica Colegial (OMC)*. <https://www.medicosypacientes.com/articulo/crisis-y-envejecimiento-principales-amenazas-del-sns-segun-expertos-en-gestion/>
- Melhsen, M., Rask, M.T., Ollard, C., Andersen, C.M. (2010). Are old and young cancer patients being treated differently? *Ugeskr Laeger*, 172, pp 868-872.
- Moss, A.H. (1994). Dialysis decisions and the elderly. *Clin Geriatr Med*, 10, pp 463-73.
- Nelson, T.D. (2002). Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Bradford books. MIT.
- Peake, M.D., Thompson, S., Lowe, D., Pearson, M.G. (2003). On behalf of the participating centres. Ageism in the management of lung cancer. *Age and Ageing*, 32, pp 171-7.
- Ribera Casado, J.M. (2016). La discriminación por edad: una lacra muy oculta. *An Real Acad Nal Med*, CXXXIII, pp 747-75.
- Ribera Casado, J.M. (2020). Covid-19 y residencias de ancianos. Algunas reflexiones. *An RANM*, 137, pp 107-111.
- Ribera Casado, J.M. (2020b). Edadismo en tiempos de pandemia. *An RANM*, 137, pp 305-308.
- Ribera Casado, J.M. (2023). La discriminación en la protección de la salud de las personas mayores. *HelpAge International*. España (ed), pp 34-49.
- Ribera Casado, J.M. (2024). Ageism revisited. *Eur Geriatr Med*, 15, pp 291-294.
- 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, pp 270-5.
- Sabaté, M. (2017). No es país para viejos con infarto agudo de miocardio y elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*, 70, pp 70-71.
- Thompson, R.C., Holmes, D.R., Gersh, B.J., Mock, M.B., Bailey, KR. (1991). Percutaneous transluminal coronary angioplasty in the elderly: early and long term results. *J Am Coll Cardiol*, 17, pp 1245-50.
- White, C. (1997). Older smokers are left out of antismoking policies. *Br Med J*, 315, pp 1035.
- WHO. (2016). Global report on ageism. Geneve.

- Yan, R.T., Yan, A.T., Tam, M. (2006). Age-related differences in the management and outcome of patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J*, 151, pp 352-58.
- Zunzunegui, M.V., Belanger, E., Benmarhnia, T., Gobbo, M., Otero, Ac., Béland, F., Zunzunegui, F., Ribera-Casado, J.M. (2017). Financial fraud and health: the case of Spain. *Gac Sanit*, 31, pp 313-19.