



## ORIGINAL

## ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional



Jose Manuel Ribera Casado<sup>a,\*</sup>, Antonio Bustillos<sup>b</sup>, Ana Ilenia Guerra Vaquero<sup>c</sup>, Carmen Huici Casal<sup>b</sup> y Rocío Fernández-Ballesteros<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Psicología Social, UNED, Madrid, España

<sup>c</sup> Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Departamento Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 20 de mayo de 2015

Aceptado el 8 de marzo de 2016

On-line el 2 de junio de 2016

#### Palabras clave:

Discriminación  
Edaísmo/vejeísmo  
Persona mayor  
Gerontólogos  
Geriatras

### R E S U M E N

**Introducción:** Existe una consideración general de que la legislación es el recurso definitivo a la hora de velar por comportamientos que no discriminen en función de la edad a las personas mayores. En este estudio, tras indagar en la legislación española sobre la potencial existencia de discriminación en función de la edad, preguntamos a profesionales sociosanitarios (socios de la SEGG) en qué medida observaban determinados comportamientos edadistas descritos en un cuestionario *ad hoc*.

**Métodos:** El estudio de campo se lleva a cabo entre profesionales de la Geriatria y la Gerontología miembros de la SEGG mediante el Cuestionario EVE de Discriminación (EVE-D), elaborado por los autores, con 28 ítems y en el que se pregunta sobre la existencia de discriminación en razón de la edad en contextos médicos y sociales.

**Resultados:** Respondieron 174 profesionales (63% mujeres), con un tiempo medio de ejercicio profesional de 17,2 años. El 59% eran médicos, el 19% psicólogos y el resto otros profesionales. Las primeras 20 situaciones de discriminación son informadas positivamente por más del 60% de la muestra, todas significativas en comparación con la media.

**Conclusiones:** A pesar de que la legislación española (desde la Carta Magna hasta las normas que rigen contextos sanitarios y sociales) claramente prohíbe cualquier forma de discriminación por edad, los profesionales españoles más directamente implicados en el cuidado de las personas mayores perciben esta discriminación tanto directa como indirecta, así como un trato desigual a las personas mayores. Esto es así tanto cuando el análisis se establece sobre supuestos relacionados con la salud como, en mayor medida, cuando se hace sobre supuestos de carácter general y/o vinculados a la convivencia.

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Age discrimination. Point of view of the professionals

#### A B S T R A C T

**Introduction:** It is generally believed that legislation is an essential resource in the prevention of discriminatory behaviour against older people. This study first examines the Spanish legislation for potential age discrimination and then uses the C-EVE-D questionnaire to ask professionals in social work and health care settings the extent to what certain ageist behaviours described in the questionnaire are observed in practice.

**Methods:** The field study was carried out with professionals in geriatrics and gerontology, who are members of Spanish Society for Geriatrics and Gerontology (SEGG). The EVE discrimination questionnaire consists of 28 items which investigate the existence of age discrimination in medical and social care contexts.

#### Keywords:

Discrimination  
Ageism  
Elderly  
Gerontologists  
Geriatricians

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jribera.hcsc@salud.madrid.org](mailto:jribera.hcsc@salud.madrid.org) (J.M. Ribera Casado).

**Results:** A total of 174 people (63% women; mean age: 45.6 years) took part in the study, with a mean professional experience of 17.2 years. Doctors made up 59% of the sample, psychologists 19%, with the rest coming from other professions. The first 20 discrimination items of the EVE-D questionnaire were significantly positively reported by more than 60% of the sample.

**Conclusions:** Although Spanish legislation, from the constitution down to the rules that govern social and health care settings, clearly prohibits any kind of discrimination with regard to age, our results show that Spanish professionals most closely involved in the care of older people perceive both direct and indirect age discrimination. Furthermore, evidence was found of prejudice in the treatment of older people as a phenomenon in day-to-day health and social services care, both when analysing medical cases and, to a greater extent, cases of a more general nature and/or relating to co-existence.

© 2016 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La Constitución española, en su artículo 14, establece que «Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social». En materia de salud, la Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 1.2 establece que «son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional». Ni en uno ni en otro documento se hace referencia expresa a la edad<sup>1</sup>. En el Tratado de la Unión Europea (UE) se señala, específicamente, 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». El artículo 21-1 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE<sup>2</sup> «prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de [...] edad», ante lo cual no parece que haya habido una efectiva respuesta en los países miembros<sup>3</sup>.

Sin embargo, la discriminación por edad, en ámbitos muy distintos de la realidad social, incluyendo los relacionados con la salud, es una observación recurrente en el mundo de quienes trabajamos con personas mayores. Este fenómeno se ha hecho más patente desde que, en 1969, Robert Butler acuñara la expresión «ageism»<sup>4</sup> para describir la actitud negativa frente a las personas mayores que agrupa comportamientos —desde la jubilación por edad hasta los malos tratos— y que ha sido traducido como «viejismo» por Salvarezza<sup>5</sup>. Distintas publicaciones en el campo sanitario y en el social han estudiado, descrito y, en ocasiones, cuantificado este fenómeno<sup>6</sup>.

El verbo *discriminar*, según la Real Academia de la Lengua, implica seleccionar excluyendo. Y el sustantivo *discriminación*, dar un trato inferior, desfavorecido a una persona o colectividad por motivos diversos, entre ellos la edad. Desde una perspectiva científica la discriminación está asociada a los *estereotipos* o clichés con los que, más o menos automáticamente, se percibe a las personas mayores en función de su edad, así como también al *prejuicio* como una expresión afectiva que implica rechazo. Lo más importante es que mientras los estereotipos y prejuicios suponen conductas encubiertas, la *discriminación* se refiere a un componente comportamental que puede ser observado. En nuestras investigaciones sobre estos temas hemos constatado que en España, así como en otros países, el estereotipo de las personas mayores es de baja competencia y alta afabilidad. Esta imagen del envejecimiento y de la vejez (baja competencia y alta afabilidad) se da más en los profesionales que atienden a personas mayores que en la población general. Lo más importante es que este cliché parece estar asociado a comportamientos paternalistas de los cuidadores y repercute en una baja funcionalidad de las personas mayores atendidas<sup>7-8</sup>.

Contrariamente al estereotipo (como evento cognitivo) y al prejuicio (como manifestación afectiva), la discriminación puede

ser observada directamente por tratarse de conductas manifiestas. Existen estudios que atestiguan la existencia de discriminación en razón de la edad<sup>9-10</sup>. En base a todo lo anterior, nuestro objetivo ha sido investigar, a través de un cuestionario dirigido a los profesionales de la atención a la persona mayor, elaborado por nosotros mismos, en qué medida percibe este colectivo la existencia de conductas de discriminación en España.

## Material y métodos

Como punto previo se procedió a una *análisis de la legislación* existente por parte de uno de los autores (Dra. Ana Ilenia Guerrero). Ello dio lugar a un documento no publicado que, por su extensión, no reproducimos en este artículo. Sus conclusiones más importantes las hemos utilizado como base para establecer una metodología de trabajo. Dichas conclusiones fueron:

- El principio de igualdad ha inspirado e inspira los textos normativos nacionales e internacionales, aunque, en términos de la jurisprudencia constitucional, el principio de igualdad no implica «en todos los casos un tratamiento legal igual con abstracción de cualquier elemento diferenciador de relevancia jurídica» y, además, «toda desigualdad no constituye necesariamente una discriminación».
- Se constató una clara diferencia entre los textos legales y las guías de práctica clínica. En medicina, la edad es una condición que puede o no determinar la atención y el tratamiento médico. En las guías médicas la edad limita en algunos casos, de manera inadecuada, las intervenciones y los tratamientos.
- Existe un continuo desarrollo de literatura jurídica y científica, con constantes menciones a las personas mayores, superando términos semánticos como «anciano» o «tercera edad». La regulación de los contenidos tiende a la particularización y diferenciación de las personas mayores en 2 sentidos: en el meramente jurídico hace hincapié en la prohibición de la discriminación, pero en ocasiones incurre en el error de asimilar edad y discapacidad. En el científico-médico atiende a sus circunstancias en aras de determinar la atención y los tratamientos.

De acuerdo con lo anterior, nos preguntamos si una legislación claramente no-edadista consigue comportamientos no discriminatorios. Para responder a ello diseñamos el estudio cuyos resultados aquí se presentan. Buscamos la opinión de profesionales que atienden a personas mayores en una asociación de amplia permeabilidad nacional como la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

Confecionamos un cuestionario EVE-Discriminación (EVE-D) con 28 ítems donde se resumían eventuales situaciones de discriminación. Los criterios para su elaboración fueron decididos de manera conjunta entre los autores y se agrupan en 2 grandes apartados. El primero incluye un grupo de supuestos de carácter general

**Tabla 1**  
Porcentaje de acuerdo y prueba *t* de los ítems de percepción y justificación de la discriminación hacia los mayores

	% acuerdo	T
1. Los trámites administrativos para acceder a distintos servicios por parte de las personas mayores a menudo son muy complicados	93	20,49**
2. Al hablar con las personas mayores en servicios, centros o residencias se sube el tono de voz	90	16,81**
3. Para la tramitación de servicios se destaca la opción en la red a pesar de que esta resulta poco accesible para las personas mayores	88	14,27**
4. Al hablar con los mayores a menudo se les trata como si fueran niños pequeños (empleo de diminutivos, tono agudo)	87	13,99**
5. Los profesionales o cuidadores que dispensan un servicio a una persona mayor que va acompañada a menudo se dirigen al acompañante y hablan de la persona mayor en tercera persona	85	11,84**
6. La mayor parte de los centros gerontológicos pautan el día a día de las personas mayores atendidas sin permitirles opciones	84	11,32**
7. Con frecuencia se trata a la persona mayor en situación de dependencia como si fuera un objeto (p. ej., cuando se le ducha, moviliza o se le «aparca» en la espera de un ascensor)	83	10,53**
8. Al hablar con y de las personas mayores en centros o residencias se emplean términos familiares (p. ej., «abuelo/a»)	82	10,40**
9. Se discrimina en el acceso a unidades especiales de alto coste	79	8,06**
10. Se discrimina en las posibilidades de acceso a alta tecnología	76	7,34**
11. Se discrimina en las indicaciones quirúrgicas	76	7,43**
12. Al dispensar diversos servicios a las personas mayores a menudo se muestra una falta de respeto en el trato (p. ej., el tuteo)	71	5,68**
13. Se discrimina en las indicaciones para el acceso a unidades de cuidados especiales complejas (UVI, UCI, coronarias, etc.)	71	5,54**
14. Al interactuar con una persona mayor se suele hacer más énfasis en sus olvidos o despistes que si se trata de una persona joven	67	4,52**
15. Se discrimina en la aplicación estricta de los protocolos clínicos establecidos	64	3,52**
16. Se discrimina en la confección de listas de espera quirúrgica	63	3,02**
17. Se realizan comentarios inapropiados cuando se lleva a cabo el aseo de personas mayores hospitalizadas	62	2,95**
18. Se les excluye de las campañas preventivas (p. ej., tabaco)	62	2,92**
19. Se limita la prescripción de fármacos en función del coste elevado	60	2,41*
20. Se pospone la atención en beneficio de un paciente más joven	60	2,28*
21. Al interactuar con una persona mayor que dice algo incoherente o inexacto, a menudo se la rectifica con énfasis	56	1,47
22. Muy a menudo a las personas mayores se las trata con displicencia por no estar al día en los avances tecnológicos	56	1,33
23. Se discrimina en el ingreso hospitalario desde urgencias	50	0,08
24. Considera usted que en momentos de crisis el cribado de algunos procedimientos (como la detección del cáncer de mama, colon, próstata o glaucoma) deben limitarse en función de la edad	45	-1,14
25. Considera que se les debe excluir de programas sanitarios o sociales en campos como nutrición, actividad física, rehabilitación, etc.	43	-1,82
26. Considera que se les discrimina en cuanto a la prioridad para ser atendido en un servicio de urgencias hospitalarias	38	-2,91**
27. Al interactuar con una persona mayor que dice algo incoherente o inexacto se hacen gestos desaprobatorios, de burla	36	-3,61**
28. Dada la situación de crisis del país, ¿considera que los procedimientos sanitarios que suponen un coste elevado deben limitarse en función de la edad?	11	-15,62**

\*/\*\*: indican nivel de significación.

referidos a la vida del anciano y a su relación con su entorno más próximo. El segundo se centra en puntos relacionado con temas de salud. En ambos casos se trataba de conocer la percepción del encuestado sobre determinadas formas de discriminación. A los participantes se les pedía definirse sobre algunos supuestos tras el epígrafe «Cree usted que en la práctica habitual existe discriminación en...», introduciendo una referencia conductual observable. En alguna ocasión la pregunta solicitaba opiniones directas sobre la posible justificación que en tiempos de crisis económica como el actual pudieran tener determinadas medidas. El formato de respuesta fue dicotómico (Sí/No) con alternativa «No sé» (tabla 1).

El trabajo de campo se llevó a cabo en 2013. Nos dirigimos a profesionales que atendían a personas mayores en el área sanitaria, en la social o en la llamada sociosanitaria por 2 vías: a) a través de una encuesta electrónica dirigida a los miembros de la SEGG, y b) ofreciendo la posibilidad de hacerlo de manera directa en el congreso anual de la sociedad correspondiente a ese mismo año. El 96,5% de los participantes contestaron al cuestionario *on line*.

Una vez recogidas las respuestas se procedió a su análisis descriptivo. También se realizó un análisis de frecuencias para comprobar qué ítems eran aquellos en los que la muestra ofrecía porcentajes más altos. Asimismo, se realizó una prueba *t* de diferencia de medias para comprobar que ítems se desviaban, positiva o negativamente, del punto medio teórico (0,05).

En un segundo momento se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales y rotación VARIMAX para comprobar en qué factores se agrupaba la discriminación que sufren los adultos mayores según es informada por los profesionales que los atienden. En esta prueba solo se tuvieron en consideración aquellos 20 ítems que se desviaban significativamente, y de forma positiva, del punto medio. La fiabilidad de estos 20 ítems es de 0,80. La prueba KMO (KMO = 0,778) y la prueba de esfericidad de Barlett ( $\chi^2 = 527,40$ ,  $p < 0,0001$ ) nos indican que el análisis factorial exploratorio es una estrategia de

análisis adecuada, y que las relaciones existentes entre los ítems seleccionados pueden ser analizadas.

## Resultados

Respondieron a la encuesta de forma voluntaria 174 profesionales de la Geriatria y de la Gerontología, miembros de la SEGG, con una media de edad de 45,67 años (DE = 10,96). Un 63% eran mujeres. El 59% eran médicos, el 19% psicólogo/as, el 5,5% trabajadores/as sociales, el 4,8% personal de enfermería y el 12,1% informaron tener otras profesiones sociosanitarias. El tiempo medio que llevaban trabajando con personas mayores era de 17,25 (DE = 9,58).

En la tabla 1 se recoge por orden de mayor a menor el porcentaje de acuerdo con la cuestión formulada y el resultado de la prueba *t* en lo que respecta a las cuestiones relacionadas con la percepción y justificación de la discriminación hacia los mayores. Como se observa en esta tabla 1, las primeras 20 situaciones de discriminación son informadas positivamente por más del 60% de la muestra, siendo todas significativas en comparación con la media teórica. La situación 26 y 27 solo reciben el acuerdo de un 38 y 36% de participantes, respectivamente, pero sí son significativas.

Con la pregunta adicional de control que hemos excluido de la tabla 1 no se trataba de evaluar discriminación sino de conocer una potencial razón justificativa: «Dada la situación de crisis del país, ¿considera que los procedimientos sanitarios que suponen un coste elevado deben limitarse en función de la edad?». Es importante resaltar que solo un 11% (T = -15,62) de los participantes consideran que razones coyunturales de crisis económica pudieran justificar la discriminación, lo cual apoya una baja tendencia al asentimiento por parte de nuestros respondientes.

El análisis factorial reveló la existencia de 3 factores principales que explican un 37,06% de la varianza: 14,10% el primer factor, 12,40% el segundo y 10,60% el tercero. Asimismo, aparecieron otros

**Tabla 2**  
Matriz de componentes rotados

	1	2	3
En limitar las indicaciones quirúrgicas	0,811		
En limitar el acceso a unidades especiales de alto coste	0,744	0,304	
En el acceso a unidades de cuidados especiales complejas (UVI, UCI, coronarias, etc.)	0,695		
En las posibilidades de acceso a alta tecnología	0,601		0,375
En limitar la prescripción de fármacos de coste elevado	0,542	0,450	
Posponer la atención en beneficio de un paciente o usuario más joven		0,751	
Excluirlos de las campañas preventivas (p. ej., tabaco, cáncer mama)		0,652	
En la confección de listas de espera quirúrgica		0,621	
En la aplicación estricta de los protocolos clínicos establecidos	0,399	0,565	
En la realización de comentarios inapropiados cuando se lleva a cabo el aseo de personas mayores hospitalizadas		0,435	
Al hablar con los mayores a menudo se les trata como si fueran niños pequeños (empleo de diminutivos, tono agudo)			0,747
Al hablar con y de las personas mayores en centros o residencias se emplea términos familiares (p. ej., «abuelo/a»)			0,679
Al dispensar diversos servicios a las personas mayores a menudo se muestra una falta de respeto en el trato con ellos (p. ej., el tuteo)			0,677
La mayor parte de los centros gerontológicos pautan el día a día de las personas mayores atendidas sin permitirles opciones			
Los profesionales o cuidadores que dispensan un servicio a una persona mayor que va acompañada, a menudo se dirigen exclusivamente al acompañante y hablan de la persona mayor en tercera persona			
Para la tramitación de servicios se destaca la opción en la red a pesar de que esta resulta poco accesible para las personas mayores			
Con frecuencia se trata a la persona mayor en situación de dependencia como si fuera un objeto (p. ej., cuando se le ducha, se le moviliza o se le «aparca» en la espera de un ascensor)			0,320
Al interactuar con una persona mayor se suele hacer más énfasis en sus olvidos o despistes mucho más que si se tratara de una persona joven			
Al hablar con las personas mayores en servicios, centros o residencias se sube el tono de voz			
Los trámites administrativos para acceder a distintos servicios por parte de las personas mayores a menudo son muy complicados			

3 factores residuales que individualmente no superaron el 8% de la varianza.

La matriz de componentes rotados nos mostró que el primer factor hace referencia a la clara discriminación directa que excluye a las personas mayores de programas de *alto costo*. El segundo factor alude a la discriminación indirecta, a su *posposición o trato desigual*. Ambos factores expresan una *discriminación manifiesta y observable* que tiende a limitar los recursos sanitarios a los que pueden acceder las personas mayores. Finalmente, el tercer factor se centra en el trato diferencial que parece plasmarse en la *sobreprotección y el trato paternalista* con que se trata al adulto mayor (tabla 2).

## Discusión

A la luz de los resultados obtenidos, a pesar de una legislación contraria a toda discriminación, parece evidente que los profesionales españoles más directamente implicados en el cuidado de las personas mayores perciben que la discriminación por edad es un fenómeno que ocurre en el día a día de la convivencia sociosanitaria. Eso sería así cuando el análisis se establece sobre supuestos relacionados con la salud y la atención sociosanitaria. También, en mayor medida, cuando lo hace sobre supuestos de carácter general y/o vinculados a la convivencia ciudadana. Queremos hacer hincapié en que todas las respuestas proceden de profesionales de la atención a la persona mayor con un tiempo medio mantenido de dedicación profesional muy prolongado, lo que, a nuestro juicio, confiere mayor consistencia a las respuestas recibidas. Por otra parte, la estructura de las respuestas de esos profesionales es consistente con una discriminación manifiesta y observable, que incluye tratamientos costosos y extraordinarios. También con la posposición de intervenciones más convencionales y con un trato paternalista. La mayoría de estos profesionales no justifican un trato discriminatorio en función de razones coyunturales de crisis.

Dos cuestiones claves serían: a) conocer si la percepción de los profesionales se ajusta a la realidad y, de ser así, b) cuáles serían las medidas más eficaces para combatirla. Por lo que respecta al primer punto, el análisis que nos brinda el Observatorio Europeo

sobre Sistemas y Políticas de Salud<sup>11</sup> sitúa a nuestro sistema público de salud (que, no lo olvidemos, es «universal») en el tercer puesto entre los mejores pero, sin embargo, considera que presenta una serie de desigualdades.

Las fuentes de referencia en el campo sanitario acerca de la presencia de discriminación por edad son muy abundantes, incluso con carácter editorial en revistas de primer nivel<sup>12,13</sup>. Son estudios contrastados llevados a cabo con una metodología rigurosa y que datan en su origen de mucho tiempo atrás. También han sido recogidos en los textos más clásicos de la especialidad<sup>14,15</sup>. Comentaremos algunas formas de discriminación especialmente significativas relacionadas con preguntas de nuestro cuestionario EVE-D.

La discriminación directa e indirecta se establece en algunos casos mediante el procedimiento de excluir o de poner límites de edad difíciles de justificar la hora de llevar a cabo medidas para la detección precoz de ciertas enfermedades. Ejemplo típico, aunque no el único, sería la práctica de mamografías para el diagnóstico preventivo del cáncer de mama. Establecer este tipo de políticas representa un logro de la medicina desarrollada. En España esta práctica aparece reglada por el Ministerio desde hace más de 2 décadas. Poner un tope de edad por arriba es arbitrario, solo se justifica por razones económicas y constituye una forma de discriminación por edad. Se trata de un fenómeno denunciado, igualmente, en otros países<sup>16,17</sup>.

También se discrimina en la aplicación práctica de protocolos y guías de actuación consensuados por sociedades científicas para los diagnósticos o tratamientos de determinados procesos de alta prevalencia en la patología geriátrica. La literatura muestra que según es más alta la edad del paciente, peor resulta el cumplimiento de los mismos, algo que se pone de relieve también en nuestro estudio (64% de acuerdo). Aunque los ejemplos y las denuncias se pueden encontrar en cualquiera de las especialidades médicas o quirúrgicas, nos centraremos en 2 campos especialmente significativos, tanto por su amplia prevalencia en edades avanzadas que les hace encabezar las causas de mortalidad por encima de los 65 años, como por su carácter emblemático en el mundo actual. Hablamos de la cardiología y de la oncología.

Con respecto a la cardiología, los ejemplos de discriminación son múltiples y van desde la mala aplicación de las recomendaciones en el manejo precoz de los síndromes coronarios agudos hasta las decisiones en relación con la insuficiencia cardiaca. Se trata de un fenómeno evidenciado desde hace muchos años y denunciado por los propios especialistas e incluso por las sociedades científicas correspondientes<sup>18-20</sup>. Además, se puede detectar en la práctica totalidad de los países de nuestro entorno<sup>21</sup>.

Con la oncología ocurre algo parecido<sup>22-24</sup>. Un estudio retrospectivo llevado a cabo en 30 hospitales de Minnesota centrado en el cáncer de mama ponía en evidencia que a medida que era más elevada la edad de las pacientes el tratamiento que se indicaba era menos activo y el seguimiento más descuidado<sup>25</sup>. El editorial de una revista oncológica del máximo prestigio señalaba, en referencia también al cáncer de mama, que a mayor edad de la paciente menor era la información proporcionada por parte del médico y mayor la toma de decisiones discriminatorias<sup>26</sup>. Lo mismo ocurre con respecto a los procedimientos diagnósticos y a las recomendaciones terapéuticas aplicadas cuando se analizan otros tipos de cánceres<sup>27-29</sup>. La situación no cambia cuando el colectivo encuestado corresponde a las personas graduadas en enfermería<sup>30</sup>. Estudios de esta naturaleza han sido también publicados en nuestro país, en este caso con respecto al cáncer de colon, con los mismos resultados en cuanto a discriminación por edad<sup>31</sup>.

En ocasiones se establecen acuerdos *a priori* de carácter claramente discriminatorio, sin ningún tipo de evidencia científica que los justifique, pero que el tiempo se encarga de demostrar que no eran correctos. Dos situaciones típicas en las que se produjo esta circunstancia fueron la exclusión inicial de las personas mayores de 65 años de los programas de diálisis crónica y el hecho de establecer un tope de edad también de 65 años entre las indicaciones iniciales cuando se introdujo en medicina la posibilidad de llevar a cabo angioplastias coronarias. En ambos casos la evidencia demostró la necesidad de rectificar muy poco tiempo después<sup>32,33</sup>.

Al tratar estos temas siempre se suele recordar que a los ancianos se las ha venido excluyendo sistemáticamente de las poblaciones sobre las que se llevan a cabo los ensayos clínicos previos a la aprobación de cualquier medicamento. Esto ha sido y es así incluso en los casos en que el fármaco que se estudia vaya a estar indicado esencialmente en procesos que de manera mayoritaria afectan a este segmento de la población. Se trata de otra forma de discriminación claramente demostrada y denunciada en la literatura científica<sup>34-36</sup>.

Todavía cabría añadir otras formas de discriminación que podríamos calificar como «institucionales» por parte de las administraciones. Entre ellas la regulación de medidas como el «copago farmacéutico», el «euro por receta» o la imposición de «visar» ante la autoridad administrativa correspondiente, por razones de costo y con propósitos disuasorios, determinadas recetas de fármacos con eficacia contrastada. Habida cuenta de que son las personas mayores quienes mayoritariamente consumen estos productos, centrar en ellas el intento de ahorro no deja de incidir en el mismo fenómeno.

Todos y cada uno de estos supuestos aparecen confirmados en la opinión de los profesionales encuestados. Si analizamos las respuestas relativas a aquellas cuestiones que no están vinculadas directamente con aspectos sanitarios, la opinión de nuestros profesionales es aún más negativa. También aquí existe una coincidencia con la literatura al respecto. Los estereotipos sociales negativos con respecto a la imagen de la vejez y del viejo son múltiples y se asocian directamente con las formas diarias de convivencia<sup>37-39</sup>, afectan a todos los países y adoptan de vez en cuando formas de burla o de bromas de gusto dudoso<sup>40</sup>.

Quizás, una buena parte de esta discriminación social se deriva de su situación de indefensión, al menos relativa, cuando se les compara en una sociedad tremendamente competitiva como la nuestra,

con grupos de población más jóvenes. También de las limitaciones prácticas que se imponen a la persona mayor a la hora hacer uso del principio bioético de autonomía. La norma viene siendo en buen número de casos decidir más por el anciano que con el anciano en cuestiones tan primarias y fundamentales como pueden ser dónde vivir, la manera de hacerlo, la gestión de sus recursos económicos y de sus propiedades, y con frecuencia la gestión sobre su propio tiempo o acerca de decisiones claves en torno a cualquier tipo de tema.

Se trata de actitudes paternalistas que culminan con la «infantilización» del anciano, algo que toma carta de naturaleza incluso en el lenguaje, como señala Fernández Ballesteros. Se dice «Son como niños». Esta afirmación supone una imagen en la que están de acuerdo el 72% de una muestra representativa, por edad y sexo, de mayores de 18 años en 1992, y el 61% de una muestra del 2006. Parece un estereotipo cultural que se manifiesta abiertamente y sin sonrojo. Peor aún, en muchos casos se actúa como si esa aseveración fuera cierta. Las respuestas a los elementos relativos al trato entre profesionales y clientes mayores, obtenidas en nuestra encuesta, inciden claramente en esta interpretación. Lo mismo aparece en otros estudios de nuestro equipo de trabajo<sup>41</sup>. En ese caso el paternalismo aparecería unido a la ambivalencia que los profesionales parecen sentir por este grupo social al que atienden<sup>8</sup>. No obstante, la discriminación, en su forma extrema, da pie a la exclusión social, lo cual tiene una vertiente institucional.

Nuestra encuesta no indaga sobre posibles vías de actuación para superar cualquier forma de discriminación. Hace más de una década, tras una prolongada descripción de las situaciones de discriminación en cardiología en personas mayores, Bowling<sup>19</sup> señaló la necesidad de luchar frente a la discriminación de las personas mayores en contextos sociosanitarios. No obstante, sus más importantes recetas (legislación antiedadista e incidir en protocolos de buenas prácticas) son recursos que no parecen útiles cuando las normas, cualquiera que sea su rango, son aplicadas —o mejor dicho, no aplicadas— por personas con automatismos cognitivos.

En todo caso es esencial asumir algunos principios básicos. Para empezar, como aconseja la Unión Europea, se debe promocionar activamente, desde todos los organismos y actores implicados, la inclusión de la edad como fuente de discriminación en los textos de referencia, desde la Carta Magna a las regulaciones sociosanitarias. Ello exige activar, de manera eficaz, a través de todos los medios posibles, a las asociaciones, grupos o sociedades de cualquier tipo centradas en la persona mayor, para que las disposiciones legislativas y administrativas partan de la evidencia de esta situación y establezcan normas de lucha contra ella en la búsqueda de hacer realidad la igualdad sin atisbo de discriminación, algo a lo que implícitamente llama la Constitución española.

Junto a ello, *sensibilizar* al conjunto de la sociedad —especialmente a las personas mayores que no militan en asociaciones— de la importancia de la discriminación por edad, empoderándolas en un tema que les es propio, con el fin de conseguir una participación más activa de este colectivo en las tareas comunes de la sociedad. Intentar hacer realidad la llamada a la participación social propugnada en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento de 2002 cuando reclamaba «un envejecimiento activo»<sup>42,43</sup>, un tema que fue asumido de nuevo por la propia institución como lema para el año 2012.

Hay que superar la agresión que representa para un sector social desfavorecido el temor a generar fuentes de tensión intergeneracional procedentes de un consumo desproporcionado de los recursos por parte de los mayores<sup>44</sup>. Análisis recientes avalan lo exagerado de esas creencias, proponiendo una serie de políticas para la prevención y la promoción de la salud en personas mayores<sup>45</sup>.

Finalmente, se debe procurar, a todos los niveles, la formación adecuada del personal al cuidado de las personas mayores, la preparación gerontológica desde una visión de la vejez y del

envejecimiento como proceso del ciclo de la vida, no prejuiciosa, de extraordinaria variabilidad y de posibilidades de cambio positivo desde la que se contemple al paciente/cliente mayor como una persona, centrando en ella la atención profesional. Conviene estar esperanzados en estos propósitos, ya que múltiples grupos de gerontólogos y geriatras estamos trabajando en este sentido. La información que aporta el presente estudio, bastante similar en sus respuestas a las ofrecidas en una encuesta reciente llevada a cabo entre médicos y estudiantes de medicina del Reino Unido<sup>46</sup>, creemos que puede contribuir a ello.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

El estudio que aquí se presenta ha sido realizado con base en el Proyecto MICINN-PSI 2010 17700-EVE. Nuestro agradecimiento a la Junta Directiva de la SEGG y a los miembros de la SEGG que respondieron nuestro cuestionario.

### Bibliografía

- Presidencia de Gobierno. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Madrid. 1986.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas-Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000/364.01. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text.es.pdf>
- Van den Heuvel WJA. Discrimination against older people. *Rev Clin Gerontol*. 2012;22:292–300.
- Butler R. Age-ism: Another form of Bigotry. *Gerontologist*. 1969;9:243–6.
- Moreno, A. Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. Revista «Poiésis». FUNLAM n.º 19, junio de 2010. Disponible en: <https://www.google.es/search?sourceid=navclient&aq=&soq=vejismo&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4SKPT.esES418ES420&q=vejismo&gs.l=hp.0.0.2.38940>
- Bytheway B. Ageism. Buckingham: Oxford University Press; 1995.
- Bustillos A, Fernández-Ballesteros R. Efectos de los estereotipos del personal de atención a adultos mayores del Estado de Colima. *Rev Mex Salud Públ*. 2012;2:104–5.
- Fernández-Ballesteros R, Bustillos A, Santacreu M, Schettini R, Díaz-Veiga P, Huici P. Are caregivers behaviors and older adults functioning mediated by cultural stereotypes. The role of competence and warmth attribution. *Clinical Intervention in Aging*. 2016 (aceptado y en prensa).
- Ribera Casado JM. Aspectos éticos de la asistencia en geriatría. En: Farreras, Rozman, editores. *Medicina Interna*. 17.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 1333–2133.
- Ribera Casado JM, Herrera Abián M. ¿Existe la discriminación por la edad? En: Ribera Casado JM, editor. *Avances en Geriatría*. Las Palmas de Gran Canaria: Editorial GAFOS; 2005. p. 549–60.
- Papanicolas I, Smith PC. Health System Performance Comparison. An agenda for policy, information and research Berkshire England SL6 2QL. McGraw-Hill Education Copyright © World Health Organization; 2013.
- Currie CT. Doctors and ageism (editorial). *Br Med J*. 1987;295:1586.
- Rhind G, Macphee G. Ageism in medicine: A problem for all. *Br J Hosp Med*. 2006;67:624.
- Holm S. Ethical issues in geriatric medicine. En: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, editores. *Brocklehurst textbook of geriatric medicine and gerontology*. 7.ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 983–7.
- Karlawish JHT, James BD. Ethical issues. En: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, editores. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. New Cork: McGraw Hill; 2009. p. 399–406.
- Badgwell BD, Giorno SH, Duan ZZ, Fang S, Bedrosian I, Querer HM, et al. Mammography before diagnosis among women age 80 years and older with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26:2482–8.
- Muss H, d'Alessandro HA, Brachtel EF. Case 15-2010: An 85-year-old woman with mammographically detected early breast cancer. *N Engl J Med*. 2010;362:1921–8.
- Yusuf S, Furberg CD. Are we biased in our approach to treating elderly patients with heart disease? *Am J Cardiol*. 1991;68:954–6.
- Bowling A. Ageism in cardiology. *Br Med J*. 1999;319:1353–5.
- Yan RT, Yan AT, Tan M, Chow CM, Fitchet D. Age-related differences in the management and outcome of patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2006;151:352.
- Alexander KP, Newby LK, Bhapkar MV. International variation in invasive care of the elderly with acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2006;27:1158–64.
- Kearney N, Miller M, Paul J, Smith K. Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Ann Oncol*. 2000;11:599–601.
- Austin D, Russell EM. Is there ageism in oncology? *Scott Med J*. 2003;48:17–20.
- Melhsen M, Rask MT, Ollard C, Andersen CM. Are old and young cancer patients being treated differently? *Ugeskr Laeger*. 2010;172:868–72.
- Guadagnoli E, Shapiro C, Gurwitz JH, Silliman RA, Weeks JC, Borbas C, et al. Age-related patterns of care: Evidence against ageism in the treatment of early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 1997;15:2338–44.
- Pritchard M. Have we been guilty of ageism in the primary treatment of breast cancer? [editorial]. *Br J Cancer*. 2007;96:1011–2.
- Langer CJ. Elderly patients with lung cancer: Biases and evidence. *Curr Treat Options Oncol*. 2002;3:85–102.
- Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG, on behalf of the participating centres. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing*. 2003;32:171–7.
- Dharma-Wardene MW, de Gara C, Au HJ, Hanson J, Hatcher J. Ageism in rectal carcinoma? Treatment and outcome variations. *Int J Gastrointest Cancer*. 2002;32:129–38.
- Kagan M. Ageism in cancer care. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24:246.
- Serra-Rexach JA, Jiménez AB, García-Alhambra MA, Pla R. Differences in the therapeutic approach to colorectal cancer in young and elderly patients. *Oncologist*. 2012;17:1277–85.
- Moss AH. Dialysis decisions and the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1994;10:463–73.
- Thompson RC, Holmes DR, Gersh BJ, Mock MB, Bailey KR. Percutaneous transluminal coronary angioplasty in the elderly: Early and long term results. *J Am Coll Cardiol*. 1991;17:1245–50.
- Anónimo [editorial]. 593 randomised trials of acute coronary syndromes. *Lancet*. 2001;358:945.
- Schaufelberger M, Swedner K, Köster M, Rosén M, Rosengren A. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden. Data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988–2000. *Eur Heart J*. 2004;25:300.
- Cherubini A, del Signore S, Ouslander J, Semia T, Michel JP. Fighting against age discrimination in clinical trials. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:1791–6.
- Levy BR, Cheng PH, Bedford T, Navrazhina K. Facebook as a site for negative age stereotype. *Gerontologist*. 2014;54:172–6.
- Gringart E, Jones B, Helmes E, Jansz J, Monterosso L, Edwards M. Negative stereotyping of older nurses despite contact and mere exposure: The case of nursing recruiters in Western Australia. *J Ageing Soc Pol*. 2012;24:400–16.
- Nelson TD. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Bradford Books, MIT; 2002.
- McGuire SE, Klein DA, Chen SL. Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee. *Nurs Health Sci*. 2008;10:11–6.
- Fernández Ballesteros R. Posibilidades y limitaciones de la edad. En: Libro blanco sobre envejecimiento activo. Madrid: IMSERSO; 2011.
- II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Declaración Política. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37 Supl 2:8–11.
- Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37 Supl 2:12–37.
- North M, Fiske ST. A prescriptive intergenerational-tension ageism scale: Succession, identity, and consumption (SIC). *Psychol Assess*. 2013;25:706–13.
- Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Aging in the European Union. *Lancet*. 2013;381:1312–22.
- Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Gordon A, Gladman F. Medical students and doctors' attitudes towards older patients and their care in hospital settings: A conceptualization. *Age Ageing*. 2015;44:776–83.