

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

FACULTAD DE DERECHO

Departamento de Filosofía Jurídica

**Tesis Doctoral**

**“AGEISMO Y DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO  
SANITARIO”**

**Ángel Alfredo Martínez Ques  
Licenciado en Derecho**

**Director: Dr. D. Narciso Martínez Morán**

2015



UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

FACULTAD DE DERECHO

Departamento de Filosofía Jurídica

TESIS DOCTORAL

**“AGEISMO Y DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO  
SANITARIO”**

Trabajo de investigación para optar al grado de Doctor en  
Derecho presentado por

**Ángel Alfredo Martínez Ques**

Dirigido por el profesor  
**DR. NARCISO MARTÍNEZ MORÁN**



*A Teresa, Javier y Carlos por todo lo que me han dado.*

*A mis padres “in memoriam”*



## **AGRADECIMIENTOS**

La culminación de esta Tesis doctoral, ha sido posible gracias a muchas personas e instituciones que de algún modo me han aconsejado, animado y apoyado durante todo el prolongado y arduo trabajo que ha supuesto la realización de este proyecto. A todos ellas, sin distinción, quiero hacerles llegar mi agradecimiento más sincero.

En primer lugar quiero expresar mi gratitud a la Universidad Nacional de Educación a Distancia, donde he podido iniciar, completar y perfeccionar mis estudios de Derecho, gracias al esfuerzo inestimable de su profesorado. Gratitud que hago extensiva al personal del Departamento de Filosofía Jurídica de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) por su acogida y el apoyo incondicional que en todo momento me han prestado sus profesores desde el momento en que me incorporé a los cursos del Doctorado y en todo el proceso de elaboración de la tesis. Vaya mi agradecimiento en especial para aquellos profesores que me impregnaron de sus conocimientos, con sus consejos y observaciones y me mostraron la senda de la investigación jurídica: Profesor Dr. Benito de Castro Cid, profesora Dra. Mercedes Gómez Adanero, profesor Dr. Rafael Junquera de Estéfani y profesora Dra. Ana M<sup>a</sup> Marcos del Cano. De todos conservo un grato recuerdo y una profunda admiración.

En particular, a mi director de Tesis, el Profesor Dr. Narciso Martínez Morán que con su asesoramiento permanente, sus valiosas e inestimables sugerencias y sus oportunas correcciones ha llevado a cabo una admirable dirección sin la cual no hubiera sido posible la realización de este trabajo. Su paciente magisterio ha sido el antídoto de mi impaciencia. Su rigurosa y tenaz exigencia, su disponibilidad, han sabido llevar a buen puerto mi inquietud, mis ausencias y mis carencias. Mi deuda personal con él es difícil de precisar con pocas palabras. En su magisterio, sus consejos y sus libros he sabido encontrar el impulso, la constancia y el conocimiento necesario para poder culminar esta tesis.

También quiero dar las gracias a todas las personas que me han prestado su apoyo durante este tiempo. Al Dr. José Manuel Quintans Moreira, por sus revisiones del texto. Al Dr Arturo Fuentes Varela, por su aportación bibliográfica y por su enseñanza de la Bioética. Al profesor Dr. Fernando Domínguez, de la Universidad de Santiago por sus orientaciones en las teorías del envejecimiento. A Dña Cecilia Vecillas y a D. Javier Martínez por sus correcciones del texto. A los Dres. D. Manuel Amezcua, D. Sergio López, D. Juan Gómez, D. Joan de Pedro, D. Alberto Gálvez y la Dra Pilar Gayoso, por inocular en mí la vocación investigadora.

A todas estas personas e instituciones, mi más profundo agradecimiento, porque sin las enseñanzas de unos, la orientación y el asesoramiento de otros y el cariño de los que me rodean, no hubiera sido factible la realización de este trabajo que ha llegado a su final.

# INDICE





# ÍNDICE

Índice de gráficos y tablas .....	19
Abreviaturas y siglas .....	21
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	27
1. MOTIVACIÓN .....	27
2. JUSTIFICACIÓN .....	33
3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA .....	36
4. PLANTEAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA TESIS .....	39
<b>Capítulo 1</b>	
<b>La vejez como construcción social</b> .....	47
1. La dificultad de una definición de vejez.....	49
2. Criterios para una definición de vejez.....	52
3. La construcción histórico-conceptual de la vejez.....	55
3.1. Culturas primitivas .....	57
3.2. La cultura precolombina.....	59
3.3. Cultura egipcia y el Oriente próximo .....	60
3.4. El contexto bíblico.....	62
3.5. La antigüedad clásica.....	63
3.5.1. Platón.....	64
3.5.2. Aristóteles.....	65
3.6. El contexto cultural romano .....	66
3.7. La cultura medieval .....	68
3.8. La edad moderna .....	70
3.9. Del Siglo XIX a la actualidad.....	73
4. La Socio-demografía de la vejez española .....	76
<b>Capítulo 2</b>	
<b>La discriminación por razón de edad y Ageísmo. Delimitación conceptual</b> .....	83
1. Introducción: La discriminación por edad.....	85

2. La conducta estereotipada y las actitudes negativas.....	92
3. La discriminación por razón de edad en el adulto mayor: el ageismo .....	98
4. Terminología y figuras afines al ageismo.....	104
4.1. La Gerontofobia o Gerofobia .....	104
4.2. Edadismo, Etarismo, Edaísmo o Etaísmo.....	106
4.3. Una propuesta de superación terminológica.....	109
5. Un caso de especial consideración: la discriminación laboral por razón de edad .....	113
6. La medicalización del envejecimiento y la cuestión social.....	117

### Capítulo 3

#### **La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los**

<b>derechos humanos .....</b>	<b>123</b>
1. Introducción: Envejecimiento y discriminación por edad.....	125
2. La cuestión de la terminología. Comentario del art. 50 de la CE.....	129
3. Las personas mayores como sujetos de derechos y como grupo vulnerable.....	134
4. Principales instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores .....	141
5. La protección de los derechos humanos de las personas mayores .....	152

### Capítulo 4

#### **El derecho a la protección de la salud en la persona mayor .....**

<b>1. El derecho a la protección de la salud .....</b>	<b>161</b>
1.1. El Concepto de salud .....	161
1.2. La salud como derecho .....	165
2. Equidad y desigualdad en salud.....	174
3. Envejecimiento activo .....	181
4. La discriminación sanitaria en el adulto mayor.....	184
4.1. Ageísmo en oncología .....	191
4.2. Ageísmo en la prescripción farmacológica .....	192
4.3. Ageísmo en Cardiología .....	193
4.4. Discriminación en el cuidado final de la vida .....	195
4.5. Discriminación y trasplante de órganos.....	196
4.6. Discriminación en Medicina Intensiva .....	197

4.5. Discriminación del anciano con deterioro cognitivo .....	198
5. Maltrato y Violencia contra las personas de edad .....	199
5.1. Concepto de Maltrato a personas de mayor edad .....	199
5.2. La protección penal del maltrato a ancianos .....	205

## Capítulo 5

<b>La investigación médica en el anciano</b> .....	211
1. Presupuestos básicos de la investigación en el anciano .....	213
2. La investigación médica en el anciano .....	215
2.1. Principales textos en materia de ética de la investigación .....	215
2.2. La libertad de investigación y sus límites .....	218
2.3. La Investigación biomédica en seres humanos .....	221
3. Marco jurídico-legal de la investigación sanitaria en España .....	223
4. Investigación sobre el envejecimiento .....	227
5. Factores de discriminación del anciano en la investigación .....	230
6. Aspectos éticos de los ensayos clínicos .....	232
6.1. Discriminación por razón de edad y ensayos clínicos .....	232
6.2. Casos concretos de discriminación en Ensayos clínicos .....	236
6.2.1. Ensayos en cardiología .....	237
6.2.2. Investigación y cáncer en el anciano .....	238
6.2.3. Investigación en psiquiatría y neurología geriátrica .....	240
7. Las normas de buena práctica en la investigación clínica .....	241

## Capítulo 6

<b>La distribución de recursos en una sociedad envejecida</b> .....	245
1. Indicadores demográficos y longevidad .....	247
1.1. Esperanza media de vida .....	249
1.2. La expectativa de vida .....	250
2. La ciencia y el debate bioético sobre la Longevidad .....	254
2.1. La cuestión de la longevidad .....	256
2.2. El estado de la ciencia sobre el envejecimiento. ....	260
2.2.1. Las teorías explicativas del envejecimiento. ....	260

2.2.2. El estado de la ciencia sobre el envejecimiento. ....	264
3. Los límites de la medicina y control de gastos .....	266
3.1. Posturas arrestrictivas .....	268
3.2. Posturas restrictivas .....	269
3.3. Posturas ponderadas .....	271
3.4. Los límites de la medicina: Crítica a los postulados de Daniel Callahan.....	273
4. Uso de recursos y la justicia distributiva .....	276
4.1. Gasto sanitario y envejecimiento.....	278
4.2. Justicia distributiva. Distribución de recursos.....	280

## **Capítulo 7**

<b>Ageismo y dependencia</b> .....	288
1. El sistema nacional de dependencia. Normativa .....	290
1.1. Concepto de dependencia. ....	294
2. La ley de Dependencia .....	298
3. Los derechos humanos en la situación dependencia .....	305
3.1. Aspectos éticos y jurídicos de la dependencia.....	307
3.2. Autonomía .....	309
3.2.1. Autonomía como principio de la Bioética.....	309
3.2.2. Autonomía como presupuesto y fundamento de los derechos. ....	313
3.3. Dependencia y capacidad. ....	315
4. Dependencia, salud y protección social.....	320

## **Capítulo 8**

<b>La discriminación de la mujer mayor y la múltiple discriminación</b> .....	323
1. La feminización del envejecimiento y la salud. ....	325
1.1. El fenómeno de la feminización del envejecimiento.....	325
1.2. La salud de las mujeres mayores. ....	327
2. La cuestión de género y los derechos humanos de las mujeres mayores. ....	330
2.1. La igualdad y los derechos humanos de las mujeres .....	330
2.2. Crítica al feminismo en su enfoque de la mujer mayor.....	334
2.3. Una forma extrema de discriminación: la violencia contra las mujeres mayores .....	307

3. La feminización de la pobreza.....	340
3.1. La pobreza y la edad en el acceso a los recursos sanitarios .....	340
4. La discriminación múltiple.....	341
4.1. Concepto de discriminación múltiple.....	341
4.2. La discriminación múltiple en la mujer.....	346
4.3. Otros supuestos de discriminación múltiple en el anciano.....	351
4.4. Discriminación múltiple de la mujer en el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.....	354
<b><u>CONCLUSIONES</u></b> .....	363
<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b> .....	383



## **INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS**

Gráfico 1: Porcentajes totales de personas mayores de 64 años .....	76
Tabla 1: Tasa de mortalidad y esperanza de vida de población de España por sexo y edad, en mayores de 65 años.....	77
Tabla 2: Renta media disponible. Serie 2009-2013 por sexo y periodo.....	78
Tabla 3: Renta media y mediana por edad y periodo. Serie 2009-2013.....	79
Tabla 4: Sinónimos de viejo.....	97
Tabla 5: Principales ejemplos de discriminación terapéutica por la edad.....	188
Tabla 6: Tipología del maltratado a ancianos.....	203
Tabla 7: Razones de la exclusión de los ensayos clínicos.....	242
Tabla 8: Supercentenarios (verificados) fecha 2 de diciembre de 2014.....	257
Tabla 9: Principales teorías sobre envejecimiento y principales representantes.....	263
Tabla 10: Proyección del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados (España, 2005-2020).....	297
Tabla 11: Tasas de mortalidad y Esperanza de vida en España en el año 2013 por edad y sexo.....	328
Tabla 12: Dependencia funcional (cuidado personal, tareas domésticas y movilidad) según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años.....	330
Tabla 13: Tasa de población con alguna discapacidad o limitación por edad y sexo Unidades: tasa por 1000 habitantes.....	324





## ABREVIATURAS Y SIGLAS

a.C.	Antes de Jesucristo
ABVD	Actividades Básicas para la Vida Diaria
ACB	Análisis Coste Beneficio
ACTP	Angioplastia coronaria transluminal percutánea
ADEA	Age Discrimination in Employment Act
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ADNmt	Genoma mitocondrial
AINE	Anti Inflamatorio No Esteroideo
art.	Artículo
ASEAN	Asociación de Naciones del Asia Sudoriental
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
BBVA	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria
BMJ	British Medical Journal
BPC	Normas de Buena Práctica Clínica
C.c.	Código Civil
CE	Constitución Española
CEA	Comité de Ética Asistencial
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEOMA	Confederación Española de Organizaciones de Mayores
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIDPD	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIOMS	Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas
Coord.	Coordinador
CP	Código Penal
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales

Dir.	Director
Doc.	Documento
Dr.	Doctor
DUDH	Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948
EAF	Evento Adverso Farmacológico
Ed.	Editor
EE.UU.	Estados Unidos de América
EVLÍ	Indicador esperanza de vida libre de incapacidad
FA	Fibrilación auricular
FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FEUP	Federación Española de Universidades Populares
FRA	Agencia Europea de Derechos Fundamentales
GAO	General Accounting Office
GTPDHPM	Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
Ibídem	Obra citada inmediatamente antes
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
LECr	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LGS	Ley General de Sanidad
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MESH	Medical Subject Headings
Nº	Número
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
op.cit.	«Opus citatum», obra citada
OPS	Organización Panamericana de la Salud
p.	Página
p.e.	Por ejemplo
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
QUALYs	Quality Adjusted Life Years
RAE	Real Academia Española de la Lengua
s.	Siglo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SA	Sociedad Anónima
SNS	Sistema Nacional de Salud
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
TSJ	Tribunal Superior de Justicia
UA	Unión Africana
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
UK	United Kingdom. Reino Unido
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la cultura
USA	Estados Unidos de América
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
Vol	Volumen
VV.AA.	Varios Autores



## INTRODUCCIÓN



# INTRODUCCIÓN

Esta Introducción me sirve para exponer a grandes trazos los motivos que me llevaron a tomar la decisión de elaborar el presente trabajo de investigación para optar al título de Doctor en Derecho por la Universidad de Educación a Distancia (UNED). Asimismo, me permite mostrar todos aquellos aspectos en los que se ha basado la investigación, desde la justificación, su pertinencia, el marco contextual y teórico en el que se desarrolla, la metodología empleada y el planteamiento y la estructura del informe que le da cuerpo. Creo que en estas líneas preliminares se presentan las indicaciones necesarias para que el lector obtenga una noción aproximada de la dimensión y complejidad de la investigación realizada acerca de la discriminación por razón de edad en la asistencia sanitaria desde la perspectiva de los derechos humanos.

## 1. MOTIVACIÓN

Decía el filósofo Cicerón, en su obra *De senectute*, en boca del octogenario Catón el mayor, que “la preparación de este tratado ha sido para mí tal motivo de alegría que no sólo he ahuyentado todas las molestias propias de la edad, sino que he intentado hacerla más suave y llevadera”. Y como he compartido esa misma alegría en la preparación de esta tesis doctoral, brotan en mi cabeza una multitud motivos y una razón para escribirla.

De tantos motivos, diré los principales que me han acercado al objeto de estudio, empezando por mi humilde trayectoria profesional e investigadora. De mi faceta de Enfermero clínico, con más de 30 años de experiencia profesional, destacaría que han sido muchos los ámbitos en los que he podido desempeñar mi trabajo: asistencial, gestor, docente e investigador. Mi labor asistencial ha sido fundamental a la hora de tener una visión más cercana, más próxima de los cuidados que precisan las personas mayores. Me ha permitido hablar con ellos, conocer de primera mano sus anhelos, compartir sus inquietudes y comprobar día a día como el disfrute al nivel más alto de salud posible es todavía un reto inalcanzado. En mi quehacer profesional me he



desenvuelto en los niveles de atención primaria y hospitalaria, atendiendo siempre a una mayoría de población de edad avanzada. Más de diez años he desempeñado mi profesión en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde con la más alta tecnología médica disponible, he llegado a comprender la vulnerabilidad del ser humano, que cada vida humana es única e irrepetible y que el lazo que nos une a la vida es frágil y perecedero.

La labor gestora me ha ayudado a comprender que vivimos en un mundo de recursos escasos que necesariamente hay que distribuir, lo que ha despertado mi interés por conocer las propuestas teóricas que desde la filosofía jurídica se han formulado al respecto. En una sanidad pública donde todo está al alcance de todos, merece la pena recordarlo. La actividad docente, principalmente formando a profesionales del Sistema Nacional de Salud, me ha permitido testar la visión de los profesionales acerca de los problemas asistenciales actuales, y en algunos casos, siempre que he podido, transmitirles los principios y valores de los derechos humanos para ser transferidos a la práctica asistencial.

La trayectoria investigadora me ha conducido por variados caminos, principalmente dentro del ámbito de la investigación clínica. He tenido la oportunidad como investigador principal de obtener dos ayudas en concurrencia competitiva, una de ellas de ayudas de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011, dentro del Subprograma de Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, con fondos FEDER; otra ayuda conjunta de la Consellería de Innovación, Industria y Comercio y de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.

Con todo, la labor científica se ha visto complementada con el ejercicio de diversos encargos como evaluador externo de proyectos de Investigación y como revisor externo, director de publicación científica y miembro de comité editorial de distintas revistas científicas y profesionales. Tal actividad ha sido sumamente enriquecedora en lo formativo. Mi actividad científica se ha mantenido en el tiempo a la vez que he podido salvaguardar una formación constante propia. La experiencia científica e investigadora acumulada me ha servido de guía en el enfoque metodológico. He intentado aprovechar la experiencia editorial en el proceso de redacción del informe final de esta tesis doctoral.

En este itinerario investigador he recurrido repetidamente a dos técnicas o enfoques metodológicos que propiciaron que mi labor fuera más amena. Por una parte, mi conocimiento de lo que se conoce en investigación biomédica como “revisiones sistemáticas”. Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas cuya unidad de análisis son los estudios originales primarios y constituyen una herramienta esencial para sintetizar la información científica disponible. La búsqueda bibliográfica exhaustiva, tan característica de este tipo de investigación, me ha permitido servirme de ella para recuperar información en las bases de datos bibliográficas biomédicas más relevantes a nivel mundial. En el caso del ageísmo, la mayor dificultad ha sido la de ir localizando evidencias empíricas que sostuviesen las afirmaciones contenidas en el texto.

Por otra parte, mi comprensión y experiencia de la metodología de la investigación cualitativa. El empleo de la investigación cualitativa constituye un método de investigación utilizado ampliamente por las Ciencias Sociales y Humanas. La delimitación conceptual, la categorización y la teorización del fenómeno discriminatorio es legataria de este enfoque.

Junto con la inquietud por las ciencias de la salud está otra motivación también poderosa; mi interés por la Ciencia Jurídica. Una vez acabada la licenciatura de derecho y tras el breve paso de un lustro por el ejercicio libre de la Abogacía, tuve la oportunidad de cursar los estudios de doctorado dentro del Programa “Problemas Fundamentales de la Teoría Jurídica Contemporánea” en el departamento de Filosofía Jurídica de la facultad de derecho de la UNED. Todos los cursos que recibí durante este programa de doctorado me afianzaron en las ideas que más tarde iba a integrar en mi investigación: los derechos humanos, la biotecnología y la bioética. Cada uno de estos cursos y alguno más de postgrado adicional resultaron a la postre de mucha ayuda en la configuración de los capítulos de esta tesis doctoral. El curso “biotecnología y derecho: el derecho ante los nuevos desafíos de la genética”, me resultó muy útil a la hora de configurar uno de los puntos clave de este trabajo, que es el estado actual de la investigación en el envejecimiento. La biogerontología y la genética molecular, son disciplinas que avanzan a pasos agigantados mientras el Derecho reflexiona e intenta dar una respuesta a los nuevos retos planteados.

El curso sobre “mujer y derechos humanos” me aportó una mayor sensibilidad hacia la condición de las mujeres, ayudándome a entender la dimensión de género y tratar así de eludir así los posibles sesgos que pudieran acompañar el proceso investigativo. Uno de los capítulos de esta tesis se benefició plenamente por esta causa. Los cursos “Relaciones entre Bioética y derecho: la fundamentación del derecho” y “biotecnología y derechos humanos”, resultaron también imprescindibles en la teorización y desarrollo del núcleo fuerte objeto de estudio, y en la adquisición de un enfoque basado en los derechos humanos comprensivo desde el punto de vista normativo y orientado al análisis de las desigualdades y de la aplicación del llamado derecho antidiscriminatorio.

El periodo de investigación dentro del programa de doctorado, además de servirme principalmente para conocer los métodos y técnicas de la investigación jurídica, reafirmó mi interés por el fenómeno de la discriminación por razón de edad en la asistencia sanitaria, tema al que he dedicado estos últimos años a estudiar en profundidad.

Estas dos inquietudes personales, jurídica y clínica, me han llevado a participar primero a nivel local, en el Comité de Ética Asistencial (CEA) del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y posteriormente a nivel autonómico en la Comisión Gallega de Bioética. El paso por los dos Comités me ha permitido adquirir una visión más global, más humana, del proceso de cuidados. Un conocimiento teórico y práctico a la hora de incorporar la bioética a los cuidados y a los procesos asistenciales.

En el primero, en el CEA, pude adquirir conocimientos del proceso de deliberación moral, para llevarlos a la práctica. En esencia es un procedimiento de la Bioética aplicada que busca posibles soluciones a los dilemas morales que se pueden presentar durante la práctica asistencial. Esta mirada ayuda a evitar conductas y posicionamientos extremos, cuestión muy útil por cierto, en el terreno de la axiología jurídica.

De la Comisión Gallega de Bioética me llevo el grato recuerdo de largas deliberaciones y el esfuerzo entre todos de mejorar cada día la sanidad que tenemos, reconocida dicho sea de paso, como una de las mejores a nivel mundial. Fruto del trabajo de la Comisión se realizaron varios documentos de recomendaciones, orientados al ámbito clínico, de los que me siento muy honrado de haber participado. Uno de estos informes, sobre cuidados al final de la vida, guarda una estrecha relación con el tema de este trabajo.

La elección del tema de esta investigación ha sido, por tanto, el producto de la confluencia personal de disciplinas ciertamente dispares pero que se amalgaman de forma perfecta en áreas disciplinares como son el Derecho Sanitario, la biojurídica y la bioética. De todas esas fuentes me he inspirado y de todas he tomado prestado lo suficiente para la comprensión del objetivo propuesto. El proceso de envejecimiento no puede entenderse sin la aportación de las ciencias de la salud. Y su dimensionamiento y problemática social, requiere por su parte, la contribución de la teoría jurídica. Gracias a esta formación he podido transitar por aquellas zonas fácticas a las que el Derecho le es difícil de llegar.

Una segunda motivación, no menos importante, procede de la convicción del gran desconocimiento existente acerca de la discriminación de las personas mayores en el ámbito sanitario. Y eso a pesar de que nuestro país está envejeciendo, con un aumento significativo del número de ancianos. Envejecimiento que se ha producido sin estar acompañado de medidas para el pleno desarrollo de sus derechos. Existe una gran distancia que entre las condiciones formales y las materiales del ejercicio de los derechos en los aspectos relacionados con la protección de la salud en las personas mayores.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que comienza antes del nacimiento y que continúa durante toda la vida. A la vejez se llega con una mixtura de biología y biografía personal. No todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez está relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante su vida. En este texto se atiende al envejecimiento como proceso y al sujeto del mismo, esto es, la persona que envejece,

también llamada anciano o viejo, persona mayor, de la tercera edad, o con otros eufemismos. Preferimos utilizar el término persona mayor, que tiene menos connotaciones peyorativas, en consonancia con los últimos textos Internacionales.

A la discriminación del anciano se la conoce por ageísmo, anglicismo que no cuenta con una aceptación o al menos una utilización unánime entre la doctrina hispano parlante. El ageísmo como concepto, ha sido trasladado del ámbito anglosajón sin la necesaria adaptación transcultural y entendemos que de una forma poco sistemática. A ello quizás, ha podido contribuir la diversidad de disciplinas que ocasionalmente lo han estudiado. Por otra parte, la discriminación por razón de la “mayor edad” como fenómeno jurídico ha sido tratada de forma escasa, en correspondencia con la parquedad de referencias normativas específicas y aplicables de carácter internacional sobre los derechos de la vejez. En el ámbito biomédico apenas se está empezando a investigar y describir.

Otras disciplinas como la Sociología y la Psicología han abordado el fenómeno desde el punto de vista de la construcción de los estereotipos y de las conductas discriminatorias. Las aproximaciones jurídicas se ha centrado en los derechos de la vejez en general pero son escasas las que se ocupan del fenómeno discriminatorio del anciano y del derecho humano a la protección de la salud. Surge, por tanto, la motivación de estudiar este fenómeno con una mayor profundidad y poder ofrecer un modelo explicativo.

Decía al principio que además de tener muchos motivos para investigar y realizar esta tesis doctoral, había una razón para escribirla. La razón es de índole muy personal. Sé que un día puedo llegar a viejo, como le pasa a todo el mundo, sino ocurre antes una tragedia. Como aludía Herman Hesse en su obra *“elogio a la vejez”*, me identifico con la gente anciana en muchos sentidos. Me resisto a creer que todo el ADN, transmitido en el proceso de hominización, mejorado de generación en generación, no haya servido para hacernos mejores, más sabios y solidarios. Podemos decir que portamos información genética de la mitad de una célula aportada por cada uno de nuestros padres que a su vez le fueron transmitidas por sus progenitores y a estos por los suyos y así hasta tiempo inmemorial. Y así será en el futuro con nuestros hijos y sus descendientes. Me gustaría disfrutar de una vejez reposada y tranquila, plena de

felicidad y de derechos. Sé que si eso ocurriera, será gracias a todos los que me antecedieron, y la forma que tengo de agradecerse es aportando mi granito de arena al conocimiento. Conocer algo, tomar conciencia de su existencia, ponerle nombre y tratar de describirlo, es dar el primer paso para cambiarlo y mejorarlo.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Hace escasamente unos días atendí a un hombre nonagenario que acudió a consulta. Presentaba un aspecto genial, se mostraba jovial y lleno de energía. Pudimos conversar un buen rato, de salud, de todo un poco. Al marcharse le pregunté si le iban a pasar a recoger. Con la misma simpatía con la que vino, me contestó que había venido con su coche y que pensaba irse conduciendo en él. Yo mismo me sorprendí y me di cuenta que la suposición automática que hice no era la correcta. Había dado por supuesto que una persona con esa edad no podría conducir, lo cual, se evidenció como falso.

En lo cotidiano, damos por hecho suposiciones de este tipo, alimentadas por estereotipos. Esto es sólo una anécdota intrascendente, pero invita a la reflexión. Pienso que automatismos de este tipo se suceden y pasan desapercibidos de forma habitual. Son reflejos de un ageísmo social que permanece latente e invisible ante nuestros ojos. La mayoría de las veces son rutinas y llegan a aflorar en conductas nocivas para la persona de edad avanzada. Esa apariencia de “normalidad” hace que haya cierto grado de tolerancia e incluso se justifiquen conductas que están descritas como vulneraciones de los derechos humanos. Saber reconocer estos comportamientos maleficentes, hacerlos explícitos, tomar conciencia de ellos requiere de mucha pedagogía social y que el derecho actúe, si así está indicado.

La Historia nos muestra que es un fenómeno antiguo al que hasta hace poco no se le puso nombre. Un factor de discriminación similar a otros, ya sea el racismo, el sexismo o la xenofobia. La edad como factor discriminatorio empieza a ser contemplado explícitamente en las normativas de derechos humanos. Pero hasta ahora no fue así y este tipo de prejuicios con una predominancia social alta están bien asentados en el imaginario colectivo. Sorprende incluso la poca regulación protectora específica de los ancianos como grupo vulnerable.

A menudo se habla de la “crisis sanitaria” que está por llegar. Se habla de envejecimiento de forma negativa como sinónimo de gasto. Y de la vejez como sinónimo de enfermedad o discapacidad. Este modelo que concibe la vejez de forma negativa es un paradigma de vejez desfasado que no refleja la realidad. El envejecimiento demográfico es un gran triunfo de la humanidad y un reto para el futuro. Este colectivo de personas mayores precisa de la concreción de los derechos que les corresponden, especialmente como destinatarios y usuarios de las prestaciones y servicios sanitarios. La salud está fuertemente relacionada con el posible goce de otros derechos. Sin salud, la posibilidad de desarrollar plenamente la ciudadanía se resiente. Se hacen necesarias medidas protectoras específicas para garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos y responsabilidades. Comparto plenamente el pensamiento de mi director de tesis, el Dr. Narciso Martínez, cuando señala que son los derechos humanos los que permiten realizar las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humanas. Lo cual también es aplicable a los derechos económicos y sociales como parte de los derechos humanos. Se necesita un esfuerzo investigador en ese sentido explorando áreas de sombra que den respuestas e iluminen la norma jurídica desde los valores y principios generales del derecho. Podremos de este modo verificar si el derecho cumple con su función teleológica. Es preciso además contribuir a una mayor precisión conceptual del ageísmo como parte necesaria desde la dimensión axiológica, fáctica y normativa.

Con todo lo anteriormente dicho se justifica plenamente la necesidad de realizar esta investigación. A consecuencia de estos estereotipos y prejuicios, las personas mayores pueden verse privadas de participar plenamente en actividades sociales, políticas, económicas, culturales, espirituales, cívicas y de muchos otros tipos. La “vacuna” contra el prejuicio y la discriminación no consiste sólo en incrementar el conocimiento. Necesita del derecho para actuar. Y el derecho necesita del conocimiento de las causas, sus manifestaciones y sus consecuencias, para saber el alcance de su actuación.

*Novedad de la Investigación:* Previo a la investigación se realizaron búsquedas bibliográficas para conocer cómo había sido abordada la cuestión de la discriminación por razón de edad y bajo qué disciplinas. La mayor parte de la bibliografía informaba

sobre el tema desde el punto de vista biomédico, psicológico o social. La ciencia jurídica ha abordado, predominantemente de fuera de nuestro país, la discriminación por razón de edad. Dentro del derecho especial, ha sido en el ámbito del derecho laboral, donde se cuenta con una nutrida jurisprudencia al respecto. La literatura existente acerca del ageísmo en el ámbito sanitario y desde una óptica jurídica es más bien escasa. En aquellos aspectos circunstanciales donde sí ha habido una mayor investigación, como es el caso de las diferentes teorías de la justicia distributiva, se ofrece una síntesis de las mismas, sin ánimo de exhaustividad, necesaria para contextualizar el problema de investigación. En todo caso, la presente investigación trata de buscar aspectos poco conocidos de la realidad jurídica, problemas no resueltos por el derecho o bien la búsqueda de soluciones que contribuyan al desarrollo de la disciplina jurídica.

*Relevancia social y pertinencia de la investigación:* El sujeto de esta investigación es la persona mayor que sufre discriminación. La proporción de españoles mayores de 65 años representan un 18,5% de la población total española con datos de 1 de enero de 2015. Cerca de una quinta parte de la población está en riesgo de sufrir con ocasión de su asistencia sanitaria algún tipo de discriminación. Además en los próximos años el porcentaje de envejecimiento seguirá aumentando aún más si cabe. En el caso de los malos tratos, considerada como una forma de discriminación, la incidencia varía entre los diversos estudios. En general se estima que sufre algún tipo de maltrato al anciano un 4-6 % de la población mayor de 65 años. Las cifras son pues, lo suficientemente importantes y dan idea de la auténtica dimensión social del problema.

La declaración de 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional es el resultado de las exigencias demográficas europeas de las últimas décadas y de un largo proceso de concienciación y estudio en el que España ha formado parte. Con ocasión de esta declaración el Consejo Europeo invitó a toda la sociedad a tomar conciencia de la nueva realidad europea. Una realidad representada por el incremento del envejecimiento, y por lo que se hace preciso buscar soluciones para que el logro de la mayor esperanza de vida sea una oportunidad para mantenerse activos y no se considerados como un problema para la sociedad. Para tal fin es necesario lograr y alcanzar el nivel más alto posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) libre de discriminación.



Consideramos que esta investigación dirigida a determinar el perfil del ageísmo y los instrumentos jurídicos para combatirlo, más que una mera necesidad, es un imperativo ético.

*Viabilidad:* La mayor dificultad en el estudio pudo ser la escasez de bibliografía con la que contrastar los hallazgos. La proliferación de nuevos estudios, descriptivos en el ámbito clínico, viene a confirmar la existencia de un ageísmo en la atención sanitaria y en la investigación clínica. Y al ser un estudio de carácter exploratorio y teórico, la hipotética escasez de fuentes da más motivos y justificación sobre la necesidad de realizarlo.

El estudio reúne las características, condiciones técnicas y operativas que aseguran el cumplimiento de sus metas y objetivos.

### **3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

#### **A) Objetivos.**

La finalidad última de esta investigación es indagar las condiciones en que se produce la discriminación por razón de edad en el anciano, en el contexto de una atención sanitaria de calidad, en un intento de hacerlas explícitas en el marco del respeto a los derechos humanos y analizar los elementos conceptuales que intervienen en los distintos ámbitos en los que puede verse afectado el derecho a la protección de la salud. Para tal finalidad nos planteamos un objetivo principal y unos objetivos específicos.

El **objetivo principal** de este estudio es analizar y describir el proceso discriminatorio de la persona mayor en la asistencia sanitaria, los factores sociales que intervienen y sus consecuencias jurídico-normativas, sintetizando el conocimiento actual disponible sobre el tema.

Para alcanzar este objetivo general, se plantearon una serie de **objetivos específicos**, que se irán logrando con el desarrollo y conclusiones de esta tesis:

a) Conocer los instrumentos jurídico-normativos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos dirigidos a la protección de las personas de la tercera edad, con especial énfasis en el derecho a la salud.

b) Describir las áreas clínicas donde se produce discriminación en el anciano, aportando un modelo explicativo encaminado a la mejora de la calidad de la asistencia.

c) Analizar los procesos de investigación biomédica en los que se produzca discriminación por razón de edad.

d) Definir la discriminación por razón de edad, sus características diferenciales y su tipología.

e) Profundizar en el debate teórico y terminológico de la equidad y las desigualdades en salud y de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios.

f) Proponer una terminología común y normalizada para el uso del concepto de discriminación por razón de edad aprovechando la síntesis de conocimientos.

g) Comparar los distintos modelos de atención a la dependencia y su incidencia en la protección del anciano.

h) Explorar el fenómeno de la discriminación múltiple desde el punto de vista normativo para proponer nuevas líneas de investigación que sean aplicables al fenómeno discriminatorio.

## **B) Metodología**

El presente estudio es el resultado de una investigación realizada en el campo de las ciencias jurídicas en la que, para lograr los objetivos propuestos, se ha utilizado una metodología plural, combinando métodos analíticos y de síntesis, incluyendo el método histórico y el método comparado, por presentar éstos perspectivas que permiten contextualizar el ageísmo y la desigualdad ante la salud en el ámbito sanitario.

El tipo de investigación utilizado es aplicada de orientación socio-jurídica, adecuado al desarrollo de los problemas fáctico-jurídicos, mediante el examen de los datos obtenidos de la evidencia empírica y la construcción conceptual sistémica cuando existía una realidad fáctica que analizar.

El diseño del estudio ha sido mixto, combinando el método histórico-jurídico, vinculado al conocimiento de las distintas perspectivas y etapas con el método comparativo, tratando de establecer las diferencias y semejanzas con otras figuras del derecho antidiscriminatorio. Se ha utilizado el método jurídico-exploratorio para abrir el camino para la realización de posteriores investigaciones.

Nos hemos servido del método hermenéutico encaminado a descubrir las contradicciones, lagunas de conocimiento y lagunas de reconocimiento y en definitiva deficiencias entre las normas y el sistema jurídico. Ha sido importante en la medida que permite establecer las diferencias entre la realidad jurídica formal y la material.

Por último, hemos empleado el método analítico y de síntesis, con la finalidad de generar nuevo conocimiento y resumir y analizar los hallazgos más relevantes encontrados para, posteriormente, agruparlos y categorizarlos de forma sistemática y exponerlos de manera narrativa. El procedimiento analítico se ha desarrollado en varias etapas de selección de documentos, exploración de los materiales y su categorización buscando sus similitudes y diferencias y por último mediante la elaboración de una síntesis de los hallazgos.

La estrategia de búsqueda bibliográfica ha sido fundamental en todo el proceso. Hemos realizado dos revisiones bibliográficas de la literatura, paralelas y complementarias. Por una parte, siguiendo el método de las ciencias jurídicas se ha recabado de forma exhaustiva y sistemática las fuentes legales, jurisprudenciales y doctrinales. Por otra parte, y para la obtención de evidencias de marcado carácter clínico, se ha acudido a las bases de datos biomédicas más relevantes a nivel mundial: Pubmed, Embase, Cochrane, Cinahl, ScienceDirect, Elsevier. Para ello se ha seguido una estrategia de búsqueda específica con los descriptores en inglés y sin acotaciones de fecha. Los descriptores (términos MESH) de mismo nivel escogidos fueron:

- Ageism, prejudice and social discrimination
- Aged and elderly
- Health care and Patient Care
- Biomedical research, study and randomized controlled trial
- Medicine and surgical specialties

Con una combinación de los descriptores propia del lenguaje documental de cada base bibliográfica se recuperaron una serie de artículos. Tras esta búsqueda, se realizó una búsqueda inversa a fin de localizar posibles referencias no detectadas en la búsqueda anterior. Por último se acudió a bases bibliográficas de literatura gris, a informes de organismos gubernamentales, y a repositorios de tesis doctorales para indagar la investigación más reciente. En las búsquedas de bases bibliográficas en español, dada la inexistencia de un término normalizado, las búsquedas se han realizado en lenguaje natural, con la combinación de los términos discriminación, ancianos, prejuicios, estereotipos, asistencia sanitaria y medicina.

La combinación de los distintos métodos nos ha permitido analizar los textos de las diferentes fuentes estudiadas, interpretarlos y compararlos para llegar a conclusiones definitivas.

#### **4. PLANTEAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA TESIS**

El contenido de la tesis se ha distribuido en dos partes. Una parte principal viene representada por la presente introducción y las conclusiones finales. Otra parte complementaria, en la que quedan reflejados la exposición, el análisis y la discusión de los resultados obtenidos, se ha articulado en ocho capítulos, apoyados en los correspondientes índices y una parte final con la relación de la bibliografía utilizada.

El *primer capítulo* trata de responder a una pregunta clave para la consecución del objetivo planteado. ¿Cuándo, o a qué edad es uno viejo? ¿En qué momento, si lo hay, pasa una persona a ser considerada anciana? La pregunta no es en absoluto trivial, ya que de su respuesta depende el momento en el que el derecho active y despliegue su eficacia protectora en el ámbito de la ancianidad. La dificultad de una definición de la

vejez guarda relación con la necesidad de unos criterios delimitadores. La construcción social e histórica de la vejez proporciona los elementos esenciales de un viejo problema.

En el caso de la historia es significativo el trato dispar dado a la vejez desde las culturas primitivas hasta el momento presente. Completa el capítulo un apunte socio-demográfico español que contextualiza la situación actual y futura de la población de nuestro país. Si el derecho puede ser entendido como conjunto de normas jurídicas generales dadas por la sociedad y destinadas a regular la convivencia, el derecho debe prepararse para regular la convivencia en una sociedad envejecida.

El *segundo capítulo* explora la discriminación de la persona mayor. Uno de los grandes principios en los que se basa el Estado de derecho está representado por el principio de igualdad, del que deriva la interdicción de discriminación y cuya expresión es el respeto a los derechos fundamentales. Una discriminación o diferenciación pasa a ser arbitraria, cuando no tiene base racional y se funda, entonces, en el capricho, en el prejuicio que el individuo o el grupo alberga respecto de personas o de colectivos, normalmente en una situación más debilitada y vulnerable, como es el caso de las personas mayores. Se aborda la discriminación del anciano como una quiebra de los derechos humanos. Esta circunstancia, es una causa importante de pérdida de salud, incluso de lesiones, pérdida de autonomía y, en definitiva, de una merma de su dignidad. En el orden social, la asistencia sanitaria al anciano está afectada por improntas culturales. La medicalización de nuestra sociedad ha contribuido a una valoración negativa de la vejez. Al igual que la enfermedad y la muerte, la vejez ha sido demonizada y se espera del ‘progreso científico’ la pócima que logre exorcizarlas. La dependencia tecnológica de la medicina ha convertido a la salud y a la vida en tiranías auténticas.

Se realiza, por tanto, en este capítulo la necesaria delimitación conceptual de la discriminación por razón de edad y su diferenciación con figuras afines. El contexto en el que se produce y las conductas estereotipadas que lo favorecen son también objeto de atención. Para definir el problema, se han utilizado distintas fuentes, bio-médicas y jurídicas, la mayoría de predominio anglosajón, con creces más fecunda hasta ahora, en contraste con la bibliografía hispana, que hasta la fecha ha tratado escasamente el tema. Con su delimitación le ponemos nombre a ese viejo problema. La propuesta

terminológica aporta “la normalización” para su uso. A partir de ahí, puede desplegar sus efectos de igual modo que ha ocurrido con otros tipos de discriminación, como el racismo o el sexismo.

El *tercer capítulo* aborda la protección jurídica del anciano desde la perspectiva de los derechos humanos. Una vez conocido el problema y habiendo propuesto una normalización terminológica, el siguiente paso es conocer las fuentes jurídico-normativas para la protección de los ancianos. Se describen los principales instrumentos de Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores. La cuestión principal a la que tratamos de responder es por qué, si los ancianos gozan de los mismos derechos que el resto de las personas adultas, hay una necesidad de normas específicas. Más aún, si como se ha dicho, es difícil dar una definición de vejez, interesa conocer los caracteres que deben reunir los ancianos, para que por parte del derecho los reconozca como un grupo vulnerable susceptible de ser protegido. En cuanto a los instrumentos de derechos humanos, estos se han clasificado según el sistema de procedencia (naciones unidas, sistema europeo, etc.).

El *cuarto capítulo* muestra la relación entre la discriminación del anciano y el derecho a la salud. Interesa entender el modo en que se produce la discriminación y los efectos que tiene para el individuo. El capítulo principia por una descripción del derecho a la protección de la salud. La salud es otro de los conceptos difíciles de definir, pero necesario en la descripción del alcance de la desigualdad y la equidad en salud. Las desigualdades en salud son factores determinantes de la salud de las personas. La equidad en salud es un concepto proveniente de la epidemiología social, distinta del concepto jurídico clásico. La inequidad es un factor debilitante de la salud de las personas. De ahí que la discriminación, en el momento que ahonda la desigualdad, perjudique y dañe la salud de la persona. Una de las propuestas de las Naciones Unidas para combatir la inequidad es la promoción del envejecimiento activo al que también nos referimos en este capítulo

La discriminación se produce además, en distintas áreas y en distintos niveles. Se explica cómo actúa el ageísmo en la atención sanitaria y lo que representa. La investigación está aumentando en los últimos años lo que permite describir, cuantificar y dimensionar el problema del ageísmo.

Por último, exploramos el fenómeno del maltrato del anciano, considerado como un peldaño más en la discriminación del anciano. En la mayoría de los países del mundo, los ancianos viven constantemente diversas formas de abuso que transforman su vida. El abuso con los ancianos incluso puede llegar a ser una conducta socialmente aceptada. No basta, por esta causa, considerar que el anciano debe tener igualdad de oportunidades, o idénticas posibilidades de atención como paciente, porque esas garantías han de ser mucho más reales respecto de otros individuos. La consideración del maltrato se realiza por sus repercusiones en la salud del anciano y desde la óptica de su protección penal. El maltrato al anciano no ha estado bien definido a nivel legal y por esta carencia se ha llegado a definiciones, sobre todo en el ámbito sanitario, que comportan muchas dudas a la hora de poder ser asimiladas jurídicamente. Su encaje jurídico dentro de lo que se conoce como Violencia doméstica aporta muchas dudas y pocas certezas.

El *capítulo cinco* versa acerca de la investigación en el anciano. Puede resultar paradójico pero el criterio proteccionista extremo, de corte paternalista, que la investigación clínica ha ejercido sobre los ancianos, lejos de beneficiarlos les ha perjudicado. La investigación es otro ámbito en el que se ve reflejado, por este motivo, la discriminación en el anciano, especialmente en el caso de los ensayos clínicos. Los ensayos clínicos son un tipo de diseño de investigación que principalmente trata de probar la eficacia de los medicamentos en condiciones ideales. Por diversos motivos los ensayos clínicos excluyen a los ancianos. Se da la circunstancia de que los ancianos no pueden beneficiarse así de los hallazgos obtenidos, o solo parcialmente. A pesar de no haber participado en las investigaciones, si les son aplicados los medicamentos en la práctica clínica, con el riesgo que eso supone. Esto es así porque en los ancianos concurren diversas circunstancias propias del envejecimiento de órganos y funciones, que condicionan una diferente respuesta a los medicamentos. Una respuesta distinta a la de los adultos más jóvenes que han sido sujetos participantes del ensayo clínico. Junto a esta descripción fáctica, se proporciona el marco jurídico-legal de la investigación sanitaria en España y se dan a conocer un compendio de normas de carácter deontológico o normas de buena práctica en la investigación clínica.

En suma, este capítulo muestra las áreas difusas de la investigación donde se puede producir esa acción (u omisión) de carácter discriminatorio en la investigación clínica y hace un análisis de los instrumentos legales implicados en la investigación.

El *capítulo sexto* está dedicado a aspectos un tanto controvertidos, pero necesitados de una mayor profundización en el debate teórico y terminológico. Conceptos como la desigualdad en la salud, los efectos de la longevidad en el envejecimiento poblacional y la justicia en la distribución de los recursos sanitarios son los temas desarrollados en el mismo. El núcleo fuerte de ese debate se fundamenta en lo siguiente: si la sociedad envejece y los sujetos que envejecen tienen una mayor longevidad, necesitamos conocer de qué forma podemos distribuir los recursos a esa sociedad, sin caer en discriminación de ningún tipo. Y sobre todo conocer la respuesta que el derecho da a estas situaciones.

Una parte se dedica a conceptos demográficos que mal aplicados pueden convertirse en un factor discriminatorio. A continuación se indaga acerca de la longevidad humana, en el contexto de la biotecnología y del envejecimiento, tema del que se ha ocupado escasamente la filosofía jurídica. La longevidad extrema es cada vez más frecuente, y existen voces que pronostican que irá en aumento. Esas voces aseguran que el avance de la biología molecular en el envejecimiento puede ser de tal magnitud en los próximos años que el incremento en términos absolutos de la longevidad humana será significativo. Al contrario de lo sucedido, por ejemplo, con la clonación, la congelación de embriones y las técnicas de reproducción asistida, el debate de la longevidad humana apenas se ha hecho notar. Para conocer su alcance se ha hecho necesario conocer el estado actual de la ciencia del envejecimiento. Por último, el debate de los límites de la medicina y el control de gastos sanitario impone la dedicación de un apartado para el conocimiento de las distintas posturas doctrinales. Cierra el capítulo un apartado dedicado a las teorías de la Justicia aplicable a la distribución o al racionamiento de los recursos sanitarios.

El *capítulo séptimo* explora la atención de la persona mayor, en cuanto sujeto con una mayor susceptibilidad de necesidad en la situación de dependencia. La vulnerabilidad en el anciano se hace más explícita en relación con la situación de dependencia. Este estudio resultaría incompleto por tanto, sin una referencia a un texto



que consideramos de especial importancia, a pesar que cuando se realizó la mayor parte de la investigación partes de la ley no habían entrado todavía en vigor.

Nos referimos a la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Otros textos internacionales son de obligada mención en la construcción de un nuevo modelo de atención a la dependencia, reforzando un sistema de garantías de los derechos del mayor. A lo largo de su articulado está presente la prohibición de toda discriminación, lo que invita a conocer el tratamiento que realiza de los derechos de las personas mayores y el sistema de garantías que puede ofrecer.

El *capítulo octavo* y último está referido a la discriminación de la mujer mayor. Una atención más detallada a esta doble discriminación que gravita sobre la mujer mayor resulta necesaria. Una de las características del envejecimiento es su feminización, lo que por sí solo justifica que sea tratado específicamente. Exploramos también un fenómeno poco conocido y desarrollado doctrinalmente que es el de la discriminación múltiple. Este concepto novedoso, apenas empieza a tener consideración en las políticas legislativas de los países de nuestro entorno.

Hasta ahora la solución del problema ha sido la consideración de un elemento o factor discriminador preponderante. Entendemos y así se argumenta en el capítulo que la solución aportada es insuficiente. Este tema está necesitado de una mayor investigación. El estigma múltiple no es producto de un proceso agregado de factores de discriminación. Antes al contrario, la integración de múltiples elementos produce en el sujeto que lo padece, un efecto multiplicador devastador, con consecuencias mucho más duras que la mera agregación. Entendemos que debe desarrollarse más la investigación que posibilite un entendimiento de la discriminación múltiple como un constructo unitario y no como la suma de sus partes.

*Conclusiones:* Una vez finalizada la exposición de los hallazgos resultantes de la investigación distribuidos en los capítulos presentamos de forma sintética las conclusiones a las que hemos llegado. En las conclusiones retomamos los objetivos que son expuestos por el mismo orden en que fueron formulados, además de dedicar un breve espacio para líneas de investigación futura. En las conclusiones a que hemos

llegado se pone de manifiesto que los objetivos que nos habíamos propuesto se han cumplido. En definitiva, las conclusiones nos han reforzado en la idea de la existencia de un ageísmo en el contexto socio-sanitario, que supone una vulneración de los derechos humanos y que está necesitado de una mayor regulación protectora del anciano.

*Bibliografía:* La Bibliografía es una parte fundamental de nuestra investigación, en dos sentidos. Una parte nos ha servido para conocer el estado actual del conocimiento, acerca de la discriminación en el anciano, fundamentar el marco teórico desde el que se ha realizado la investigación y poder comparar los hallazgos con estudios previos. Una parte importante lo han sido las obras monográficas de autores, así como también artículos de revistas científicas y por supuesto, los textos legales y jurisprudenciales. En otro sentido, la bibliografía biomédica nos ha permitido sustentar con los datos de evidencias empíricas, cada una de las afirmaciones referentes a los casos de ageísmo relatados en la literatura científica, para la reconstrucción del ámbito fáctico de un problema normativo. Por esta razón incluimos un elenco de la bibliografía utilizada.

En algunas materias relacionadas con el objeto de la investigación la carencia de las fuentes bibliográficas es considerable, muestra de las lagunas de conocimiento en la literatura jurídica y de las lagunas de reconocimiento en el campo normativo, sin duda por la insuficiente consideración del derecho ante el problema del ageísmo en la asistencia sanitaria. Todo lo anterior nos afianza en la idea de la necesidad de la investigación realizada.

Para terminar esta introducción, sólo me resta agradecer a la Universidad Nacional de Educación a Distancia, especialmente a la Facultad de Derecho la oportunidad que me ha brindado para desarrollar, bajo la cobertura del Departamento de Filosofía Jurídica, este trabajo de investigación.



**CAPITULO PRIMERO: LA VEJEZ COMO**  
**CONSTRUCCIÓN SOCIAL**



## CAPITULO I: LA VEJEZ COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

**Sumario:** 1. La dificultad de una definición de vejez. 2. Criterios para una definición de vejez. 3. La construcción histórico-conceptual de la vejez. 3.1. Culturas primitivas. 3.2. La cultura precolombina. 3.3. Cultura egipcia y el Oriente próximo. 3.4. El contexto bíblico. 3.5. La antigüedad clásica. 3.5.1. Platón. 3.5.2. Aristóteles. 3.6. El contexto cultural romano. 3.7. La cultura medieval. 3.8. La edad moderna. 3.9. Del Siglo XIX a la actualidad. 4. La Socio-demografía de la vejez española.

### 1. La dificultad de una definición de vejez.

*“En África se dice que cuando muere un anciano desaparece una biblioteca. Tal vez el proverbio varíe de un continente a otro, pero su significado es igualmente cierto en cualquier cultura. Las personas de edad son intermediarios entre el pasado, el presente y el futuro. Su sabiduría y experiencia constituyen un verdadero vínculo vital para el desarrollo de la sociedad”.*

**Kofi Annan<sup>1</sup>**

La vejez es indefinible por simple cronología, más bien, debería definirse por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas. Es propiamente la ambigüedad<sup>2</sup> del concepto de vejez, la que lo caracteriza. Actualmente está ampliamente aceptado que la manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varios factores, fundamentalmente socio-psicológicos y ecológicos y sólo una pequeña parte está determinada por factores biológicos.

---

<sup>1</sup> Así principia el discurso del Secretario General de las Naciones Unidas ante la Asamblea Mundial sobre

<sup>2</sup> Para ampliar más sobre criterios definatorios ver: ARQUIOLA LLOPIS, E. *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995.

Del concepto de vejez, cabe destacar los aspectos históricos y socio-culturales del entorno del individuo y los aspectos individuales con relación a la manera en que el sujeto se adapta y se enfrenta a su propio envejecimiento. Esta idea contrasta con la equiparación pitagórica de las distintas etapas de la vida que se relacionaban con las distintas estaciones del año (infancia-primavera; adolescencia-verano; juventud-otoño; vejez-invierno).

El criterio de estratificación social de base cronológica, que clasifica la funcionalidad social de los individuos en función de su edad, ha tenido relativo “éxito” en lo jurídico. Y esto es así ya que facilita la asignación a grupos por su facilidad de medida en determinadas etapas: jubilación, mayoría de edad, escolaridad, pruebas de acceso a la universidad, son ejemplos de ello. La edad se constituye de esta manera en un «termómetro vitalista» para medir la etapa productiva de la persona. En contra de ese criterio cronológico, Ortega y Gasset, citado por Arquiola<sup>3</sup>, defiende que «el concepto de edad no es sustancia matemática, sino vital humana (...) dentro de nuestra vida total, una vida con su comienzo y su término».

La noción «anciano» tiene por tanto, más de social y cultural que de natural. Es mucho más un atributo que una cualidad. «Viejo», «anciano», «persona mayor» o, más eufemísticamente, «persona de la tercera edad», no son categorías inocentes,<sup>4</sup> sino compartimientos de la parrilla que toda sociedad utiliza para ordenar significativamente a sus miembros.

En este sentido, la Constitución Española de 1978<sup>5</sup> consagra el término «tercera edad», lo que seguramente haya contribuido a generalizar su uso. Aunque, siguiendo en este punto a Zurita<sup>6</sup>, no puede decirse que este término de tercera edad comprenda un

---

<sup>3</sup> ARQUIOLA.LLOPIS, E. *Ibidem*, p. 5.

<sup>4</sup> Los analistas del lenguaje distinguen el estudio de las relaciones de las palabras entre sí (sintáctica), del de las palabras con los objetos que designan (semántica), y del de la conducta de los sujetos que las emplean o se ven influidos por ellas (pragmática) PÉREZ LUÑO, AE. *Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitución*. Madrid, Tecnos, 1995. pág.27

<sup>5</sup> Así el Artículo 50 de la Constitución señala que:«Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio».

<sup>6</sup> ZURITA MARTIN, I. *Protección civil de la ancianidad*. Madrid, Editorial DYKINSON, 2004. pág.16.

sector poblacional perfectamente delimitado, pues no hay una definición en nuestro ordenamiento para este término. Queda la duda, pues, respecto a partir de qué edad puede considerarse que una persona ha alcanzado ese estadio de la vida.

Es cada sociedad, y no la naturaleza, la que decide qué es un viejo o un niño, por ejemplo, y la que genera expectativas bien diferenciadas para uno y otro. Una vez asumido que la vejez es, ante todo, una construcción social, el siguiente paso tal vez sería aceptar que la gente mayor no puede ser reducida a unidad alguna. Los ancianos son un grupo heterogéneo. Y participan de otras características que son causa de desigualdad, ya sea el sexo, la raza, la pobreza, la orientación sexual, etc.

Como afirma Manuel Delgado<sup>7</sup>, la gente de edad no puede ser considerada analíticamente dejando de lado la división del trabajo, las asimetrías que presiden las relaciones entre los géneros, la verticalidad de las relaciones interétnicas en muchas sociedades o el sistema de estratificación social. Las personas consideradas ancianas protagonizan una gran diversidad de condiciones y reciben un trato claramente diferenciado en función de constreñimientos económicos, sociales, políticos y culturales de todo tipo. Por ello hay que partir de dos planteamientos: de la condición artificial, arbitraria y cambiante de la vejez por un lado y de su naturaleza plural, por el otro.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los mayores desafíos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de «envejecimiento activo» que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad<sup>8</sup>.

## **2. Criterios para una definición de vejez.**

---

<sup>7</sup> DELGADO, M. *La construcción social de la vejez*. REVISTA JANO. Miércoles 30 Abril 2003. Volumen 64 – Nº 1474 p. 12 – 17.

<sup>8</sup> La OMS define el envejecimiento activo como *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*. En: OMS. GRUPO ORGÁNICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD MENTAL. *Envejecimiento activo: un marco político*. Revista. Española. Gerontología 2002; 37 (52):74-105



Por lo dicho, la noción de vejez pueda resultar imprecisa y carente de homogeneidad. Contribuyen a esta idea, la llamada revolución demográfica, el aumento de la esperanza de vida, la prolongación de las distintas etapas vitales y la inconcreción de lo joven y lo viejo. Lo dicho agudiza una falta de consenso social frente a las categorías de edad y a la definición de los grupos de edad<sup>9</sup>. Además es un concepto en constante evolución<sup>10</sup>. Hay que romper, según García, con «*esa especie de obsesión del investigador centrado únicamente en la edad como un absoluto*». “Jóvenes” o “viejos” no son categorías fijas sino cambiantes<sup>11</sup>. Lo mínimo exigible, por tanto, será una identificación correcta de los problemas de interpretación más relevantes, desde distintas perspectivas o criterios (biológico, cronológico, médico, antropológico, ético, psicológico y legal)<sup>12</sup>. Los criterios o connotaciones más relevantes son los que se enumeran a continuación:

a. *Criterio cronológico*: Resulta un criterio objetivo y fácil de seguir por los funcionarios, lo que facilita la aplicación del derecho. Pero al obviar las condiciones personales, su aplicación puede convertir la norma en injusta<sup>13</sup>. Este criterio basado en la edad, aunque es sencillo de medir, no concita unanimidad sobre cuando empieza la vejez. A menudo se hace coincidir con otro parámetro social, como puede ser el inicio de la jubilación (situación variable de un país a otro). Y equipara el envejecimiento con el número de años vividos, a pesar de las diferencias entre unas personas y otras en el modo de envejecer.

b. *Criterio cultural, histórico y socio-económico*: Básicamente a lo largo de la historia perduran dos imágenes contrapuestas<sup>14</sup>: la de los viejos como un grupo marginal, decadente, aislado, improductivo y costoso para la sociedad, frente a los que forman parte del grupo socialmente considerado, por su poder a nivel económico y político. Recientemente, la equiparación de vejez con la etapa de la jubilación (clase

---

<sup>9</sup> MUNTAÑOLA, E. *Antropología de las edades*. En: GARCIA, F. (Coord.) «Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI». Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2005. p. 220.

<sup>10</sup> GARCIA, F. *Introducción: Vejez, envejecimiento e historia. La edad como objeto de investigación*. En: GARCIA, F. (Coord.) «Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI». Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2005. p. 23.

<sup>11</sup> GARCIA, F. *Óp. Cit.* p. 28.

<sup>12</sup> ARQUIOLA.LLOPIS, E. *óp. cit.* p. 3.

<sup>13</sup> MORAGAS, R. *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, HERDER, 2004. p. 203.

<sup>14</sup> ARQUIOLA.LLOPIS, E. *óp. cit.* p. 8.

pasiva contrapuesta a trabajador activo) y de escasos recursos económicos, acentúa la imagen peyorativa, de pobreza y abandono.

c. *Criterio bio-médico*: Las posturas basculan entre dos opciones contrapuestas. Por una parte, la vejez se considera como un proceso natural o fisiológico. Por el contrario, para otros autores el envejecimiento tiene un carácter patológico susceptible de ser tratado. Esta última consideración incide en la idea del envejecimiento como involución y senilidad. El concebir el envejecimiento como una patología, conduce al extremo de lo que se denomina «la medicalización del envejecimiento». En lo psicológico, es una mirada que tiende a presentar la vejez negativa, resaltando el deterioro y declive de los recursos psicológicos sensoriales y cognitivos, potenciando el mito de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad, de ansiedad y depresiones, de comportamientos rígidos e inflexibles, de cambios de humor injustificados y generalmente marcados por las vivencias penosas<sup>15</sup>. Muchos autores, científicos, filósofos, artistas y grandes personalidades han sido activos y creativos a edades avanzadas, lo que sirve para cuestionar la citada visión pesimista.

d. *Criterio antropológico*: De nuevo se distinguen a lo largo del tiempo dos posturas polarizadas: una de aceptación y adaptación de la vejez y otra de negación y lucha. La primera adopta una actitud resignada, como etapa final de la vida, que hay que aceptar con sus peculiaridades y sus limitaciones. La segunda postura adopta una actitud más combativa, tratando de evitar, o retrasar la llegada de la vejez en la búsqueda de la “eterna juventud”<sup>16</sup>. Un ejemplo de esta vivencia positiva queda reflejado en la obra *De senectute* de Cicerón.

e. *Criterio jurídico-normativo*: Existe una dispersión normativa referente a la Tercera Edad. El derecho positivo aporta poco, en términos definitivos, y se ocupa de regular de modo desigual sobre la vejez. El derecho civil, precisa la edad necesaria para alcanzar la capacidad civil y de obrar, pero no concreta la edad en la que se produce su

---

<sup>15</sup> CARBAJO VÉLEZ, MC.: “Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante”, en *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, Nº 24, 2009. (Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos> - Consultada en fecha (20-09-2015).

<sup>16</sup> ARQUIOLA.LLOPIS, E. *óp. cit.* pp. 12-14.

extinción, en consonancia con la gran variabilidad individual de conservación de la capacidad<sup>17</sup>.

Las leyes administrativas, por su parte, se refieren a la edad de jubilación obligatoria, siendo variable según las distintas administraciones (más temprana en el Ministerio de Defensa y más tardía en la Judicatura). En cuanto al Derecho de la Seguridad Social, encuentra su base constitucional en el art. 41 de nuestra Carta Magna<sup>18</sup>. La mayoría de las prestaciones cubiertas por este régimen son de un interés directo<sup>19</sup> para el grupo de población de edad avanzada (invalidez, prestaciones sanitarias, jubilación, desempleo, cargas familiares). La legislación ha concedido una especial protección en función de la edad de los beneficiarios, en materia de prestaciones por desempleo y jubilación anticipada, por ejemplo.

Como ya se ha indicado, el Derecho positivo es insuficiente a la hora de enfocar el problema por lo que necesariamente debe complementarse con la aportación de la Filosofía del Derecho. En lo que respecta a una aproximación iusfilosófica, destacamos la realizada por Dabove<sup>20</sup> desde la teoría trialista<sup>21</sup>. Siguiendo este enfoque, ser viejo significa vivir sujeto a una triple situación de debilidad, que puede contemplarse desde tres planos:

- En el *contexto sociológico-jurídico*: el anciano se sitúa en una situación de vulnerabilidad, en la medida que la sociedad lo estereotipa, limitando su ámbito de actuación. Su espacio en la sociedad acaba siendo de inferioridad, residual y pasivo. Se construyen modelos jurídicos de actuación básicamente autoritarios basados en razones sociales fuertemente estereotipadas. Esta debilidad se hace

---

<sup>17</sup> CASTELLANO ARROYO, M. VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Aspectos médico-legales de la vejez. Ciencia forense*. Revista aragonesa de medicina legal, N° 3, 2001. pp. 23-40.

<sup>18</sup> El art. 41 de la Constitución señala que: «*Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres*».

<sup>19</sup> SEMPERE NAVARRO, A. *Situación jurídica de los trabajadores de Edad avanzada*. En SÁNCHEZ VERA, P. (ed.) «Sociedad y población anciana». Murcia, Secretariado de Publicaciones. Universidad de Murcia, 1993. p. 205.

<sup>20</sup> DABOVE, MI. PRUNOTTO, AB. (Eds.). *Derecho de la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*. Rosario (Argentina), Editorial Juris, 2006.

<sup>21</sup> Véase: GOLDSCHMIDT, W. *Introducción filosófica al derecho: la teoría trialista del mundo jurídico y sus horizontes*. Buenos Aires. Ediciones Depalma, 1987.

notar también a la hora de establecer el reparto público de bienes, en el que a veces el anciano puede ser considerado como un competidor.

- El *análisis de la perspectiva normativa*: El sistema normativo debilita al anciano por no ofrecerle completamente un marco de protección jurídica adecuado a su naturaleza. Los derechos de la ancianidad sufren un debilitamiento debido a que entre las fuentes formales existe todavía una profunda dispersión en el reconocimiento de los derechos de los ancianos. Además, estos derechos quedan englobados, en el mejor de los casos, en el grupo de los derechos económicos, sociales y culturales. Y por último, al constituir un grupo de derechos humanos bastante novedoso, son objeto de políticas sociales coyunturales.
- Conforme la *dimensión valorativa o axiológica*, su posición se debilita igualmente, por los valores jurídicos imperantes que no reconocen a la persona anciana como un fin en sí. Los valores relevantes pueden entrar en conflicto (Piénsese en los conflictos entre justicia y salud). A mayor edad, mayor utilización de recursos en salud, lo que puede provocar un conflicto con la distribución y prioridad de los recursos.

### **3. La construcción histórico-conceptual de la vejez.**

La aproximación histórica al tema de la vejez es una tarea ardua y compleja, pero necesaria para explicar sus variaciones a lo largo del tiempo. Son muchos autores los que han manifestado, como lo hizo Simone de Beauvoir, que «es imposible escribir una historia de la vejez»<sup>22</sup>. Otros autores por el contrario, como es el caso de G. Minois<sup>23</sup>, contradicen con hechos dicha afirmación. Sea como fuere, tanto Minois como Beauvoir son dos autores de referencia en el estudio de la vejez desde una óptica histórica.

La dificultad estriba en el problema de la medida y en la medida del problema. Así, en el primer caso ¿Cómo se mide la vejez? ¿A qué edad se es anciano? ¿Son equiparables, en diferentes épocas y contextos, las categorías asignadas a la vejez?

---

<sup>22</sup> BEAUVOIR, S. La vejez. Barcelona, EDHASA, 1989. p.108.

<sup>23</sup> MINOIS, G. *Historia de la vejez. De la antigüedad al Renacimiento*. Madrid, Nerea. 1989

Baste un ejemplo, como veremos más adelante, al hablar de la Grecia clásica, en la que se considera anciano a una persona después de los 50 años. En la actualidad esta aseveración, podría resultar más que sorprendente. Constatamos por tanto, que la categoría «vejez» lejos de ser inmutable, es variable en el tiempo como lo ha sido la propia consideración de persona a través de la historia.

Esta inconcreción histórica de la vejez presenta un segundo trance en la medición del problema, ya que no siempre se disponen de los datos suficientes para su contrastación<sup>24</sup>. A la carencia de datos al respecto en etapas prolongadas se le unen los valores e ideas fluctuantes de épocas pasadas. Y si con esto no fuera suficiente, la interpretación variable y en ocasiones asistemática que se hace de los textos antiguos, son obstáculos añadidos que poco ayudan a clarificarlo. A mayor abundamiento la vejez puede ser vista desde múltiples facetas o perspectivas: psicológica, antropológica, biológica, social, filosófica etc.

Incluir todos estos aspectos y hacerlo de una forma histórica, lo haría inabarcable. Por ello convenimos dirigir nuestro estudio hacia dos enfoques preferentemente. El primero, en cuanto fenómeno interno del individuo, desde su interioridad, es lo que marca la biografía de un individuo y lo que determina cómo envejece; en otras palabras, dirigiremos nuestra mirada hacia aquellas características que identifican a la persona como anciano. El otro enfoque, irá dirigido a la figura del anciano dentro del grupo, hacia el lugar que ocupa en el seno de la sociedad, en su papel y consideración social. La primera es una dimensión existencial; la segunda, es la dimensión social. Estas dos dimensiones proyectan la vejez como un constructo histórico-cultural. Como señala Beauvoir, la vejez sólo puede ser entendida en totalidad; no sólo es un hecho biológico, sino un hecho cultural<sup>25</sup>.

La historia de la vejez ha sido la de un movimiento pendular entre dos extremos que se corresponden a una visión positiva y otra peyorativa de la vejez. Entre ambas posiciones contrapuestas tienen cabida las mismas contradicciones y matices que las

---

<sup>24</sup> Sánchez Granjel se refiere a ello como la **parvedad de obra histórica solvente** sobre la vejez. Sánchez, L. *Apuntes para una historia de la vejez*. Monografías Humanitas núm.1: 2004. Disponible en: [http://www.fundacionmhm.org/Monografias\\_1/Articulos/edicion8.html](http://www.fundacionmhm.org/Monografias_1/Articulos/edicion8.html).

<sup>25</sup> BEAUVOIR, S. *op. cit.* p. 20.

que se pueden mostrar en la actualidad. Y es posible que ambas posiciones coincidan en el tiempo, dándose el caso de que el anciano sea respetado y despreciado a la vez. La visión pesimista del anciano predominará en general sobre la imagen positiva, aportando un caldo de cultivo a todo tipo de procesos discriminatorios hacia la vejez, de forma constante en el tiempo y que perdurará hasta nuestros días.

Centraremos nuestro estudio en aquellas culturas y épocas que pueden aportarnos un modelo explicativo sobre la manera de ver al anciano en sociedad y la visión del anciano de sí mismo.

### **3.1. Culturas primitivas.**

La etiqueta «comportamiento humano moderno» está caracterizada por la adopción de prácticas sociales y de subsistencia, de forma escalonada en el tiempo, durante un periodo entre 30.000 y 40.000 años. En general puede afirmarse que no hubo una «revolución humana» sino que fue un proceso paulatino<sup>26</sup>. Este proceso culminaría en la «revolución Neolítica» en la que sí hubo un florecimiento repentino en términos comparativos, del arte y la confección de herramientas, con nuevas estructuras sociales y donde se sitúa la transición de unas sociedades de cazadores-recolectores a otras de productores (ganaderos-agricultores). Aunque los contornos temporales son difusos y varían en las diferentes zonas geográficas, la aparición de las primeras culturas neolíticas puede datarse en torno a los 8.000 y 7.000 años antes de la era cristiana.

En un periodo tan dilatado de tiempo es difícil encontrar testimonios del papel social asumido por los ancianos. En culturas ágrafas, los ancianos son los auténticos transmisores de la memoria de la comunidad<sup>27</sup>. Así en África, en la selva ecuatorial, al norte el desierto del Kalahari, se establecieron los bantúes (7.000-6.000 años a.C.). Una de las características más significativas de este grupo, fueron las relaciones comunales y de parentesco, basadas en la triada abuelos-padres-hijos, con funciones específicas para cada miembro<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> LEWIS-WILLIAMS, D. PEARCE, D. *Dentro de la mente neolítica: Conciencia, cosmos y el mundo de los dioses*. Madrid, Akal, 2010. p. 20.

<sup>27</sup> GRACIA, D. Historia de la vejez. En Gafo, J (Ed) *Ética y ancianidad*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1995. p.17.

<sup>28</sup> GARCIA, JC. *El grito de los olvidados*. México, Plaza y Valdés. p. 41.

A los ancianos (*nkulunt*) se les atribuía una cosmovisión en tres direcciones:

- Eran un nexo ancestral de la familia bantú, que permitía a los descendientes identificar su génesis grupal.
- Representaban el antecedente inmediato de los antepasados.
- A nivel ético formaban parte del Consejo Aldeano, con responsabilidad en la identidad de la Comunidad y en el consejo de las cuestiones agrícolas de las que dependía la subsistencia del grupo.<sup>29</sup>

Têmpels (*La philosophie bantú-rwandaise*) y A. Kâgame (*La filosofía bantú*) citados por García Ramírez, coinciden en señalar a la comunidad bantú como el origen de la espiritualidad, esto es, los intentos de sistematizar el orden del universo a partir de explicaciones míticas o argumentos pre filosóficos<sup>30</sup>. Este es uno de los rasgos más repetidos de las culturas primitivas y civilizaciones arcaicas acerca de la creencia del carácter mítico y religioso de la creación y origen del hombre. No es de extrañar pues, que, también las distintas etapas de la vida y los fenómenos relacionados con la vida en comunidad estén impregnados de un sentido místico y trascendente. La enfermedad (y la vejez es considerada como tal) es vista como un castigo divino, como una sanción impuesta al individuo que se hace extensiva a toda la comunidad.

Con las duras condiciones de vida en la antigüedad, pocas eran las personas ancianas y menos las longevas. Y a estas personas de largo vivir, se les otorgaba un papel social relevante, atribuyéndoles sabiduría e haciéndolos portadores de poderes especiales<sup>31</sup>. De este modo, el anciano se convierte dentro del grupo en un intermediario entre los reinos de lo humano y lo divino.

En las sociedades más primitivas, la posición ocupada por el anciano puede variar según las circunstancias, como el nivel de desarrollo del grupo, los recursos de los que disponía o del carácter nómada o sedentario de la comunidad. Aun así, se va a observar una cierta ambivalencia hacia los ancianos, que fluctúa entre su consideración

---

<sup>29</sup> GARCIA, JC. *Ibidem*. p. 42.

<sup>30</sup> GARCIA, JC. *Ibidem*. p. 43.

<sup>31</sup> DE LA SERNA, I. *La vejez desconocida*. Madrid, Díaz de Santos, 2003. p. 2.

social, donde la sabiduría y experiencia es apreciada, y su rechazo, por considerarlos una carga<sup>32</sup>. Minois describe este fenómeno como “ambigüedad de la vejez, a la vez fuente de sabiduría y de imperfección, de experiencia y de decrepitud, de prestigio y de sufrimiento”<sup>33</sup>.

En las comunidades nómadas o con dificultades para conseguir alimentos se optaba por la eliminación o abandono de los ancianos. Por ejemplo, entre los hopis, bosquimanos y esquimales, a los ancianos se les quitaba de en medio cuando resultaban ser una pesada carga para el grupo<sup>34</sup>. En las sociedades agrícolas, recolectoras y sedentarias la experiencia es valorada, como se señaló anteriormente con la cultura bantú. El anciano aporta su experiencia útil en los ciclos de cultivo y recolección, convirtiéndose en la memoria del grupo, el que transmite el saber.

La identificación entre sabiduría y vejez ha sido puesta de manifiesto por Simmons, citado por Minois,<sup>35</sup> otorgando la cualidad de viejo, no por los años, sino por su experiencia y saber<sup>36</sup>. Esta idea se repite en la Biblia y en los escritos de los Padres de la Iglesia, para quienes la sabiduría es la vejez verdadera.

### **3.2. La cultura precolombina.**

La civilización Inca tuvo una organización política y social superior, cuya característica fue el reparto de tareas y la pérdida de libertades del individuo en provecho del Estado. A los ancianos se les integra en el grupo y cumplen un papel definido. Esta organización otorga un grado de seguridad a los ancianos.<sup>37</sup> Cada individuo tiene su lugar y función como parte de la sociedad. Los ancianos cumplen el doble papel de archivos de la memoria colectiva y de asesores, en cuanto Consejeros de los soberanos. Las ancianas cuidan de los enfermos y realizan la labor de comadronas. Por su parte, la comunidad se encargaba de los viejos y discapacitados. Aun así, todos

---

<sup>32</sup> DE LA SERNA, I. *Ibidem*. p. 2.

<sup>33</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 27.

<sup>34</sup> GRACIA, D. *op. cit.* p. 17.

<sup>35</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 25.

<sup>36</sup> «*Tu has dicho la verdad, tu eres viejo, has visto muchas cosas, mientras que nosotros no somos más que niños... Tu eres más viejo que nosotros, pues has visto más con tus ojos, que nosotros con nuestros oídos*».

<sup>37</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 28.



realizaban un trabajo ajustado a sus capacidades, y se les empleaba en alguna tarea útil. La mendicidad por otra parte, estaba prohibida.

En el Estado- providencia de los incas, se intenta ahuyentar la temida vejez con ritos de regeneración y también tratan de descubrir la flor de la eterna juventud, que según ellos, crecía en los confines de su Imperio<sup>38</sup>. Al margen pues, de la actitud hacia la vejez, y de su protección, nadie desea la enfermedad incurable (la vejez). Y va a ser una constante que se repetirá en el transcurrir del tiempo: la búsqueda constante de la juventud, al margen de la consideración que se tenga del anciano en la sociedad.

### **3.3. Cultura egipcia y el Oriente próximo.**

Para el filósofo Dussel, el mundo del África bantú es el origen de la cultura egipcia<sup>39</sup>. En civilizaciones como la egipcia, era habitual la veneración de los mayores, que eran los intérpretes de las leyes. La espiritualidad del egipcio antiguo se proyectó en todas las facetas de la vida social. La figura del anciano adquirió una dimensión mítico-divina. El anciano es identificado con «*Ra*», el Dios sol creador del universo.

Otras divinidades egipcias fueron personificadas en ancianos, con rasgos de jóvenes y adultos, expresión de la longevidad. Para los egipcios la vejez significa el proceso culminante de la vida humana. Además, el anciano adquiere una significación ética, proyectada en la vida cotidiana como transmisores de los valores morales de la comunidad. Los ancianos eran llamados «jueces» o «*asesores de Maat*» cuyo dictamen sería decisivo en el juicio final de Osiris, dios egipcio de la resurrección, que preside el tribunal del juicio de los difuntos en la mitología egipcia. La familiaridad con lo sagrado y lo mágico, junto con la sabiduría y experiencia, explica la importancia del papel político de los ancianos en las sociedades antiguas del Oriente Próximo<sup>40</sup>.

Uno de los testimonios más antiguos que versa sobre el proceso de envejecimiento y que es sumamente clarificador y actual es el de un visir del faraón

---

<sup>38</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 30.

<sup>39</sup> GARCIA, JC. *op. cit.* p. 44.

<sup>40</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 39.

Tzezi de la dinastía V, hacia el año 2450 a. de J.C. llamado *Ptah-Hotep*. Su lamento encarna la consideración negativa de la vejez del Antiguo Egipto<sup>41</sup>:

*«Qué penoso es el fin del viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina; su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse de lo sucedido ayer. Todos sus huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonan no hace mucho con placer, sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que pueda afligir a un hombre».*

La amargura por la decadencia física que acompaña a la edad, lleva a la búsqueda de un remedio en recursos dispares como la brujería, la magia, la religión o la medicina. Cualquier recurso es bueno si atenúa o enmascara la decrepitud del anciano<sup>42</sup>. En definitiva, el anciano que se lamenta de los efectos penosos de la edad, al mismo tiempo quiere e intenta prolongar su existencia, una vejez que soporta como una enfermedad. No es de extrañar que en un pueblo tan religioso como el egipcio, se interprete la longevidad como el goce de un favor divino.

Señala Minois, que en el mundo semítico, el clan es la forma de organización social más frecuente, asumiendo el miembro de más edad del grupo, la jefatura o patriarcado. Este toma las decisiones más importantes para el clan<sup>43</sup>. El patriarca es la encarnación del clan y se le considera con frecuencia responsable de las faltas cometidas por su familia. En árabe el término *shaikh* sirve para designar a la vez a jefe y a viejo<sup>44</sup>. Los ancianos tienen un papel importante como jueces. En el *Código de Hammurabi* se menciona a los *sîbu*, hombres de cabellos blancos que intervenían como testigos. Entre los persas también los jueces reales eran ancianos.

### **3.4. El contexto bíblico.**

---

<sup>41</sup> ARQUIOLA, E. *op. cit.* p. 14.

<sup>42</sup> Minois hace referencia a múltiples hallazgos arqueológicos sobre textos curativos y de cosmética, del que son ejemplo unas tablillas asirias del año 700 a. C. y el “papiro Smith” de la época del Imperio Antiguo, el texto más antiguo con prescripciones médicas, que en realidad contiene la receta de una crema de maquillaje que camufla las arrugas propias de la vejez.

<sup>43</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 40

<sup>44</sup> MINOIS, G. *op. cit.* p. 40.

Los israelitas vivían agrupados en tribus sometidos a la autoridad de los jefes, principalmente ancianos, de las familias más poderosas. De ahí que el anciano designará más una dignidad que una etapa de vida<sup>45</sup>. El término hebreo «*zaqen*» se traduciría como «anciano» pero también significa «hombre con barba», y que se aplicaría también a un hombre maduro<sup>46</sup>. El hecho de que las funciones de autoridad las ejercieran los más ancianos de un grupo, derivaría en un cambio en el significado de las palabras, que originariamente, designaban edad, para acabar indicando una función.

Así puede decirse que en el Antiguo Testamento la palabra anciano tiene una significación de categoría política concreta. Los ancianos se configuran como una especie de aristocracia laica, ejerciendo durante siglos una autoridad colegial religiosa y civil<sup>47</sup>. Incluso a partir del Rey Salomón, que consolida el poder real, los ancianos de la ciudad siguieron con sus privilegios anteriores, que consistían básicamente en poder formar parte de los consejos de ancianos, lo que les otorgaba una cierta autoridad moral (carecían de fuerza ejecutiva). En el destierro o diáspora continuaron conservando esa prerrogativa, al menos en la sinagoga, cuyo principal derecho era pronunciarse sobre la inclusión o exclusión de miembros en la comunidad en orden al culto<sup>48</sup>.

Lo expuesto debe matizarse teniendo en cuenta que el periodo que abarca el Antiguo Testamento comprende alrededor de 10 siglos, durante los cuales pudieron existir modificaciones o atenuaciones en este esquema. Es lo que se desprende de algunos textos judaicos antiguos, como el Libro de los Reyes, el de Daniel y el Libro de la Sabiduría, en los cuales los jóvenes van adquiriendo progresivamente una mayor relevancia en detrimento de los ancianos, llegando incluso la vejez a ser temida y rechazada<sup>49</sup>. Según Simone de Beauvoir, existe un solo episodio que asocia la vejez con el vicio y está contenido en el libro de Daniel (compuesto entre el 167 y 164 a. C.). Es la célebre historia de Susana y los dos viejos, que contrariados por no obtener el favor de la joven, mienten por despecho, por lo que Susana es condenada a muerte. Daniel interrogará a los dos viejos por separado y en vista que sus testimonios se contradicen,

---

<sup>45</sup> DE AUSEJO, S. *Diccionario de la Biblia*. Barcelona, Editorial Herder, 1987. p. 90.

<sup>46</sup> ROSSANO, P. RAVASI, G. GIRLANDA, A. (Dir.) *Nuevo Diccionario de Teología Bíblica*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1990. p. 104.

<sup>47</sup> LEON-DUFOUR, X. *Diccionario del Nuevo Testamento*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2002. p. 127

<sup>48</sup> DE AUSEJO, S. *op. cit.* p. 90.

<sup>49</sup> DE LA SERNA, I. *op. cit.* p. 4.

salva a la joven, y a ellos los condena a muerte. Como señala Beauvoir, quizás en esa época había resentimiento contra los viejos, algunos de los cuales abusaban de sus riquezas, elevadas funciones y del respeto que se les tenía<sup>50</sup>.

Ya en época de dominación romana, como miembros del sanedrín, velaban por el mantenimiento de las tradiciones. Siguiendo el modelo judío, las prístinas iglesias cristianas ponen al frente un colegio de ancianos que prolonga la acción de los Apóstoles en el gobierno de la comunidad<sup>51</sup>.

### **3.5. La antigüedad clásica.**

En el contexto cultural griego pueden verse reflejados dos enfoques distintos, correspondientes a la sociedad espartana y la sociedad ateniense. El régimen espartano tenía un senado (*Gerusía*) compuesto por veintiocho miembros, todos de más de sesenta años<sup>52</sup>. En Atenas por el contrario los ancianos fueron perdiendo relevancia en favor de los jóvenes. En tiempos de Homero, el consejo de los ancianos sólo era un órgano consultivo,<sup>53</sup> dejando que fueran los jóvenes los que tomaran las decisiones. Los textos clásicos reflejan los diferentes modelos y visiones culturales sobre la vejez. Dos visiones paradigmáticas se corresponden a Platón y a su discípulo Aristóteles. Las concepciones antropológicas platónica y aristotélica son contrapuestas de lo que deriva una divergente conceptualización y consideración de la vejez<sup>54</sup>.

#### **3.5.1. Platón.**

Las Leyes de Platón (427-347 a. C.), contienen un pasaje clarificador que revela a qué edad se considera anciano en la Grecia antigua:

*«...que no conviene a nuestros conciudadanos de treinta á cincuenta años, sino que examinaremos el que es propio de ellos; y lo que me parece resultar de esta*

---

<sup>50</sup> BEAUVOIR, S. *op. cit.* p. 115.

<sup>51</sup> LEON-DUFOUR, X. *op. cit.* p. 128.

<sup>52</sup> TREJO MATURANA, C. *El viejo en la historia*. Acta bioethica, 7(1), 2001: 107-119. Recuperado en 20 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100008&lng=es&tlng=es).

<sup>53</sup> TREJO MATURANA, C. *op. cit.* p. 111.

<sup>54</sup> RODRIGUEZ, S. *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1989. p.10.

*conversación es, que los **ancianos quincuagenarios**, que se hallen en disposición de cantar...»*

Esta apreciación forma parte de la cosmovisión platónica que jerarquiza las edades del individuo y las capacidades que acompañan a cada etapa de edad. Pocos quincuagenarios actuales se considerarían ancianos.

Para Platón la superioridad del anciano sobre el joven está contenida en varios pasajes de las Leyes:

*“—Es claro que los **ancianos** deben mandar y los jóvenes obedecer”.*<sup>55</sup>

*“—Entonces creíamos, que los padres debían mandar en sus hijos, los **ancianos** en los jóvenes, y los hombres de ilustre nacimiento en los de oscura condición”.*<sup>56</sup>

*“...porque los buenos valen más que los malos, y los **ancianos**, generalmente hablando, más que los jóvenes. Según este principio, los padres tienen superioridad sobre sus hijos, los hombres sobre las mujeres y los jóvenes, los magistrados sobre los simples ciudadanos;”*

Según esta concepción, los hombres de mayor edad, tienen unos rasgos superiores a los jóvenes, basados en su sabiduría, experiencia y cumplimiento del deber. En varios Diálogos Platónicos y especialmente en la República se vierten grandes elogios de la vejez, configurándose como una etapa de vida en la que el hombre alcanza la cima del comportamiento prudente, discreto, sagaz y juicioso, lo que les hace idóneos para ocupar los puestos y competencias de máximo nivel social y dignidad<sup>57</sup>. Platón ofrece, en definitiva, una visión positiva de la vejez, determinada por la forma en la que se vive la juventud y la adultez.

### **3.5.2. Aristóteles.**

Frente a esta idea positiva de la vejez de Platón, su discípulo Aristóteles (384 – 322 a. C.), presenta una posición antagónica con una imagen más negativa de la persona

---

<sup>55</sup> PLATÓN. *Las Leyes. Libro tercero*. Obras completas de Platón, tomo 9, Madrid, Medina y Navarro, 1872. p. 189.

<sup>56</sup> PLATÓN. *op. cit.* libro cuarto. p. 211.

<sup>57</sup> RODRIGUEZ, S. *op. cit.* p. 10.

mayor. Para el macedonio, la «senectud», que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a deterioro y ruina. Es una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente<sup>58</sup>. En su Retórica, las personas mayores son calificadas con una serie de atributos negativos en comparación con los jóvenes. Para Aristóteles, los ancianos son maliciosos, egoístas, pusilánimes, desvergonzados, suspicaces e infidentes, mezquinos, tímidos y asustadizos, desesperanzados, quejumbrosos... entre otros calificativos<sup>59</sup>.

Aristóteles considera que la veneración cuasi-religiosa de la persona mayor es una reminiscencia de épocas pasadas. En *Ética a Nicómaco* escribe:

*«A todos los ancianos debemos honrarlos según su edad, levantándonos para salir a su encuentro, cediéndoles el asiento, y con otros actos semejantes de cortesía».*

En definitiva, hay que tratarles con el respeto debido, pero no mucho más.<sup>60</sup> Esta concepción estereotipada del Estagirita y que conforma una visión decadente y pesimista de la vejez es la que predominará y perdurará en la cultura occidental. En palabras de D. Gracia, el viejo desde esta perspectiva no interesa mucho, porque se le considera un sujeto enfermo, y en tanto que enfermo, feo y malo<sup>61</sup>.

### **3.6. El contexto cultural romano.**

El espíritu dúctil y pragmático romano se manifiesta con intensidad en la atención prestada a la ancianidad desde múltiples aspectos: sociales, políticos, legales, demográficos y médicos<sup>62</sup>. Destaca por su contribución al derecho y a la demografía, la *Tabla de Ulpiano* (siglo III a.C.) que contiene una regla para el cálculo de las pensiones alimentarias, cuyo fin era evaluar la importancia de las rentas vitalicias asignadas por legados según la edad del beneficiario<sup>63</sup>. Las apreciaciones de este documento basadas

---

<sup>58</sup> CARBAJO, MC. *La historia de la vejez*. Ensayos. (18); 2008: pp. 237-254. Disponible en: [http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23\\_12.pdf](http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_12.pdf).

<sup>59</sup> Aristóteles. *Retórica* (Versión de Arturo Ramírez Trejo). México. UNAM. 2002. pp. 103-104.

<sup>60</sup> GRACIA, D. *op. cit* p.19.

<sup>61</sup> GRACIA, D. *op. cit*. p. 23.

<sup>62</sup> TREJO, C. *op. cit*. p. 113.

<sup>63</sup> MINOIS, G. *op. cit* p. 113.

en estimaciones empíricas, dan una idea muy aproximada de la esperanza de vida de los romanos según la edad. De lo contenido en esta tabla, junto con los datos provenientes de otras fuentes como las inscripciones funerarias, puede sostenerse, que el peso demográfico de los ancianos en el mundo romano, era mayor que en el mundo griego.

Otro dato reseñable es la mayor proporción de ancianos varones que de ancianas, debido a las muertes post-parto. Este rasgo demográfico propició los matrimonios frecuentes entre adultos mayores y mujeres jóvenes, lo que daría lugar a la proliferación de literatura satírica explotando esta temática.

Una de las instituciones emblemáticas del Derecho Romano es la figura jurídica del “*pater familias*”. Desde los siglos IV y III, la familia está compuesta de las personas sometidas a la potestad absoluta de un jefe doméstico (*pater familias*). En este contexto, el concepto de familia es amplísimo, integrándose en ella descendientes varones no emancipados, solteros y casados; descendientes femeninas por línea de varón que no hubieran pasado al casarse a otra familia; las mujeres de todos sus descendientes varones casados «*cum manu*», y las personas dadas en adopción al *pater familias* o a cualquiera de sus descendientes varones<sup>64</sup>.

Los miembros de la familia son los «*alieni juris*», es decir, que no tienen poder sobre sí mismos, conforme el derecho privado romano. Siguiendo en este punto a Castillejo, el lazo familiar era de potestad y no de descendencia, teniendo sobre aquellas personas un poder absoluto (incluso de matarlas o venderlas como esclavos), que con posterioridad fueron templando leyes y costumbres.

La familia estaba más unida por lazos jurídicos que por vínculos naturales, concentrando en el *pater familias* todo el poder posible que, a su vez, se transmitía por línea masculina (agniticia).<sup>65</sup> A medida que transcurre el tiempo el jefe de familia ve aumentar su poder y sus bienes, lo que motivará que sean más despreciados y detestados por las generaciones siguientes y dando lugar a crispados conflictos generacionales.

---

<sup>64</sup> CASTILLEJO, J. *Historia del derecho romano: política, doctrinas, legislación y administración*. Madrid, Editorial Dykinson, 2004. p. 58.

<sup>65</sup> RODRIGUEZ, J. *La vejez como problema y como riqueza: El anciano en la historia*. En: BERÁSTEGUI, A. GÓMEZ, B. (Coord.). «Horizontes de la familia ante el S. XXI: Reflexiones con motivo del XXV aniversario del Instituto Universitario de la Familia». Madrid, Univ Pontifica Comillas, 2011: 184.

Si un joven deseaba casarse, precisaba del consentimiento paterno, y además también el del abuelo, si estaba vivo, lo que prueba que el patriarca conservaba hasta el fin su autoridad<sup>66</sup>. La familia romana se disolvía a la muerte del *pater familias*, pero se citan indicios que en tiempos más remotos se conservaba la unidad familiar bajo la jefatura del más anciano, o del designado como sucesor por el difunto. Estos enormes poderes del jefe de familia explican posiblemente, el papel esencial que les correspondía a los ancianos en la época de la República. La creación del Senado se debe a hombres de edad, quienes aseguraban tanto la política como las tradiciones. Las personas mayores ocuparán cargos importantes y dignidades especiales; era claro que se desconfiaba de la juventud. En definitiva, la República fue la edad de oro para los ancianos.

Con la decadencia del sistema oligárquico, los viejos ven disminuidos sus privilegios y más adelante se suprimen. El Senado pierde poco a poco sus poderes, que pasan a manos de militares jóvenes. Con la llegada del Imperio la posición de fuerza del *pater familias* se debilita. En palabras de Rodríguez,<sup>67</sup> al dismantelar la significación e influencia del padre se dismantela la vida del anciano. Aunque siguió teniendo autoridad moral, ya no disponía de los medios jurídicos para ejercerla, por lo que los privilegios de los viejos disminuyen y luego se desmoronan. En plena decadencia del Senado, Cicerón con 63 años y siendo senador, compone una defensa de la vejez (*De Senectute*) para probar que la autoridad del Senado, cuestionada desde hacía tiempo, debía ser reforzada<sup>68</sup>. La apología que realiza de la vejez pivota sobre cuatro tópicos que agravan sobremanera la vejez: porque aparta de la gestión de todos los negocios, porque la salud se debilita, porque priva de casi todos los placeres y porque, al parecer, la muerte ya no está lejos. Una a una, argumenta contra esos tópicos, dando una visión positiva de la vejez.

### 3.7. La cultura medieval.

---

<sup>66</sup> BEAUVOIR, S. *op. cit.* p. 139.

<sup>67</sup> RODRIGUEZ, J. *op. cit.* p. 185.

<sup>68</sup> CICERON, MT. *De Senectute*. Madrid, Editorial Triacastela, 2001.



La Edad Media es el período histórico de la civilización occidental que por convención comprende el año 476 con la caída del Imperio romano de Occidente y su fin en 1492 con el descubrimiento de América. Durante tan prolongado período hubo todo tipo de acontecimientos y procesos de cambio diferenciados, tanto en el espacio como en el tiempo. Las circunstancias en las que se desarrolló influyeron en la visión del anciano, aunque no puede hablarse en rigor de una ruptura con el pensamiento anterior.

A lo largo de la Edad Media son transmitidos y acentuados ciertos estereotipos asumidos de las tradiciones culturales precedentes. Por una parte, San Agustín que dignifica la visión cristiana de la persona mayor esperando de ella un equilibrio emocional y la liberación de las ataduras terrenales. Por otra parte, Santo Tomás de Aquino persiste en el estereotipo aristotélico de la vejez como período decadente<sup>69</sup>.

Tras la caída del Imperio romano de Occidente, y las invasiones de los pueblos germánicos, la Iglesia se consolida como una institución poderosa, que conservará y transmitirá su herencia<sup>70</sup>. Muchos de los pueblos germánicos invasores acabarían adoptando la fe católica, perdurando una amalgama de costumbres romanas y germánicas.

Antes de la conversión al catolicismo y en un contexto de grandes migraciones de pueblos enteros, y de una constante conflictividad bélica, no es de extrañar que se valorara ante todo la fuerza bruta, y predominara la ley del más fuerte. Los más débiles y los ancianos no tienen cabida en una sociedad de guerreros invasores.

Algunos pueblos barbaros matan a sus ancianos o estos lo solicitan especialmente en tiempos de guerra. Celtas, galos y los pueblos escandinavos, acostumbraban a matar a sus mayores; para los alanos y los vikingos morir de viejo era un oprobio<sup>71</sup>. En la historia de los reyes godos, son muchos los que mueren jóvenes, en batallas o eran asesinados. En pocos casos, los ancianos juegan un papel destacado,

---

<sup>69</sup> CARBAJO, MC. *op. cit.* p. 242.

<sup>70</sup> MARTÍNEZ ORTEGA, MP. POLO LUQUE, ML. CARRASCO FERNÁNDEZ, B. “*Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media*”. *Cultura de los cuidados*. Año VI, n. 11 (1º. semestre 2002). pp. 40-46.

<sup>71</sup> DE LA SERNA, I. *op. cit.* p. 6.

como ocurre con los merovingios, en tribunales de justicia y en la educación de los más jóvenes.

Las difíciles condiciones de vida en la Edad Media provocan que los ancianos escaseen, especialmente las mujeres mayores. En este periodo oscurantista hace que la longevidad se interprete de una forma taumática: o es fruto de la virtud por acción divina o es resultado del pecado por intervención diabólica. La mujer anciana, sola y pobre, se encuentra en el punto más bajo de la escala social y su figura se equipara con las fuerzas del mal en el arte religioso de los siglos XIV y XV.

En los hogares ricos y en los conventos, no sujetos a los rigores de la vida de aquel tiempo, la longevidad es mayor. En este período surge la institución del “retiro”, en el seno de conventos y monasterios religiosos a partir del siglo VI, con un componente eminentemente caritativo, precursora de las residencias actuales. Si bien al principio fue una práctica promovida por ancianos ricos que buscaban en el retiro monacal su salvación eterna, puede considerarse el inicio de la concepción moderna del aislamiento de los ancianos. Los pobres corrían peor suerte, pues debían trabajar hasta que sus fuerzas aguantasen, en una economía de subsistencia pura. Una vez que carecían de fuerza para trabajar, estaban avocados a la indigencia, por lo que el número de mendigos se acrecienta. Surgen establecimientos destinados a su socorro o se reconvierten antiguos hospitales de peregrinos.

Durante los siglos XII y XIII se produce una especialización de los Hospitales hacia la figura de Hospitales «monográficos» para enfermos, leprosos, pobres, peregrinos o ancianos. Se produce además, un proceso de reducción del número de hospitales, hacia Hospitales más grandes. La primera reducción de hospitales de la que se tiene constancia en la península ibérica se produjo en Barcelona con el nuevo Hospital de la Santa Cruz en el año 1401, con la unificación de nueve hospitales en uno. Sus Constituciones o reglamentos de organización datan de 1412. A su vez, aumenta el número de órdenes hospitalarias (Orden de San Juan de Dios, Orden de los hermanos Obregones, etc.), produciéndose una progresiva influencia laica de la burguesía en la administración de los Hospitales.

La situación económica, reflejada en el auge de una burguesía incipiente, hace que la institución del retiro se extienda auspiciada por los gremios y algunas órdenes de caballería. También la Iglesia crea hospicios para sacerdotes ancianos, pues la dignidad del estado eclesiástico no permitía que fuesen reducidos a la mendicidad<sup>72</sup>.

En los siglos XIV y XV las enfermedades infecciosas (peste bubónica, viruela) diezman a la población, cebándose sobre todo en niños y jóvenes adultos, y respetando a los mayores que ven incrementado su poder al tener que encargarse de la dirección del grupo familiar. Vuelve a incrementarse la tensión entre generaciones y de nuevo, se produce el matrimonio entre viejos y mujeres jóvenes, lo que en la literatura es motivo de burla y de escarnio.

### **3.8. La edad moderna.**

En general, es un periodo en el que se produce un auge de la burguesía, y aunque lentamente, este avance se corresponde con un mejoramiento de las condiciones de vida de las personas y de los ancianos en particular. Los valores burgueses fueron generalizándose y la experiencia de los viejos podía utilizarse, un beneficio que la sociedad aprovecha. Este proceso será lento, pero conforme sucede los ancianos van ganando consideración social. Los progresos técnicos (sobre todo a finales del s. XVII) en la agricultura, ganadería y manufacturas influyen en que crezcan las ciudades y prolifere el Comercio<sup>73</sup>. Entre los artesanos el oficio pasa de padres a hijos y la presencia de los viejos, le da continuidad y estabilidad al negocio.

Con el Renacimiento humanista se retomaron ciertos elementos de la cultura clásica, griega y romana. Se ensalza la juventud y se repudia la vejez que simboliza la decadencia y la muerte. Se valorara el vigor, la fuerza y el ingenio y se rechaza lo senil, lo caduco y lo viejo. Una lectura a los textos literarios de la época viene marcada por una mirada oscurantista de la vejez: Erasmo (en su obra *Elogio a la locura* hace una mención despiadada de la vejez), Shakespeare (vejez como deterioro y olvido) y

---

<sup>72</sup> MARTÍNEZ ORTEGA, MP. POLO LUQUE, ML. CARRASCO FERNÁNDEZ, B. *op. cit.* p. 42.

<sup>73</sup> ALBA, V. *Historia Social de la Vejez*. Barcelona, Laertes, 1992. p. 59.

Baltasar de Castiglione (otoño, nublosa y turbia tristeza) son ejemplos de esta visión<sup>74</sup>. Por su parte Baltasar Gracián, destaca un enfoque duro de la ancianidad<sup>75</sup> en la tercera parte del *Criticón*, que titula en el invierno de la vejez.

En ese contexto renacentista, la figura de la mujer, como símbolo de la belleza, cuando envejece se convierte en el símbolo máximo de la fealdad, un prejuicio desfavorable hace que con frecuencia se las tome o represente por brujas. Esto se refleja en la pintura de artistas flamencos y alemanes y en obras de teatro y novela picaresca de los importantes escritores españoles del Siglo de Oro. Numerosos ejemplos podrían citarse de “viejas” representadas de modo exagerado y cruel<sup>76</sup> (por ejemplo, en la poesía satírica de Quevedo).

La situación que se da en las ciudades en los s. XVI-XVII, es la de muchos viejos abandonados a su suerte y a la mendicidad. En la Edad Moderna desaparece la tolerancia social hacia los mendigos que existía en la Edad Media. De ahí que los gobiernos y municipios empiecen a controlar a los pobres, entendidos como una amenaza social.

En España, y otros países de la Contrarreforma, por influencia de la Iglesia, esa idea no prospera, publicándose numerosos libros en defensa de los pobres. Luis Vives, en su obra “*Del Socorro de los pobres, o de las necesidades humanas*” señala que los males de la vejez se deben a la pobreza y defiende la intervención institucional. Este mismo autor en su obra «*Invitación a la sabiduría*», invita al respeto a los ancianos<sup>77</sup>.

---

<sup>74</sup> DE LA TORRE, J. *Nadie Envejece igual. Una mirada desde la historia de la vejez*. En DE LA TORRE (ed) «Bioética y Ancianidad en una sociedad en Cambio». Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2015. p. 202.

<sup>75</sup> GRACIÁN, B. *El Criticón tercera parte: el invierno de la vejez*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2002. En la parte décima la dedica a la rueda del tiempo, estableciendo siete edades. Con respecto a las últimas escribe: “A los sesenta anochece, que no amanece, el melancólico saturnino; con humor y horror de viejo, comunícale su triste condición; y como se va acabando, querría acabar con todos, vive enfadado y enfadando, gruñendo y riñendo y a lo de perro viejo royendo lo presente y lamiendo lo pasado, remiso en sus acciones, tímido en sus ejecuciones, lánguido en el hablar, tardo en el ejecutar, ineficaz en sus empresas, escaso en su trato, asqueroso en su porte, descuidado en su traje, destituido de sentidos, falta de potencias, y a todas horas y de todas las cosas quejumbroso. Hasta los setenta es el vivir, y en los poderosos hasta los ochenta, que de ahí adelante todo es trabajo y dolor, no vivir, sino morir. Acabados los diez años de Saturno, vuelve a presidir la Luna y vuelve a niñear y a monear el hombre decrepito y caduco, con que acaba el tiempo en círculo, mordiéndose la cola la serpiente: ingenioso jeroglífico de la rueda de la humana vida”.

<sup>76</sup> MARTÍNEZ ORTEGA, MP. POLO LUQUE, ML. CARRASCO FERNÁNDEZ, B. *op. cit.* p. 44.

<sup>77</sup> DE LA TORRE, J. *op. cit.* p. 203.

En este mismo sentido, Tomas Moro en su obra la Utopía, defiende una actitud más positiva hacia los ancianos.

La Reforma, que en sus inicios fue desfavorable para los mayores, provocó un largo periodo de guerras en las que perecieron cientos de miles de personas (muchas de hambre y enfermedad). Con la Paz, la Reforma favorece el desarrollo del capitalismo algo que beneficia a los viejos. La doctrina calvinista de la predestinación, entendía que los viejos eran distinguidos por la gracia divina.

Por su parte, en los países de la Contrarreforma, las condiciones sociales se modificaron poco, viéndose a los viejos más apegados a las tradiciones, y por tanto un baluarte de la oposición al protestantismo<sup>78</sup>. La réplica a la exaltación de lo humano vendrá dada por el barroco, con un aire más ascético-religioso. El anciano adquiere valor como símbolo de unidad y permanencia de la familia. El anciano es respetado, y goza de prestigio económico. Por otra parte los ancianos pobres solo cuentan con la ayuda de la Iglesia.

En el contexto de la Ilustración (s. XVIII), se produce un clima cultural regido por la racionalidad, contrario a mitos y prejuicios. Supone un empuje de la pedagogía, promoviéndose una nueva actitud ante la infancia, volcada hacia el niño como sujeto de educación moral y de instrucción. Aparecen instituciones especializadas en fines educativos. Este interés por la infancia conlleva en la práctica hacia un desinterés social por el estatuto de la vejez. Perviven los tópicos y prejuicios sobre la vejez, con las connotaciones peyorativas de la etapa anterior barroca<sup>79</sup>.

Destaca el jesuita Hervas y Pandura que elabora a finales del siglo todo un tratado sistemático de geronto-psicología, excepcional para la época y que contiene una concepción evolutiva de las edades. La obra *Historia de la vida del hombre*, cuyo libro VI trata de la vejez y muerte del hombre, está concebida como una obra de psicología evolutiva centrada en las edades del hombre, desde su concepción hasta su muerte<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> ALBA, V Op. Cit. p. 61.

<sup>79</sup> RODRÍGUEZ, S. *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca. Universidad de Salamanca, 1989. p. 25.

<sup>80</sup> RODRÍGUEZ, S. *Ibidem*. p. 24.

Otro autor, Von Goethe (1749-1832) escribió a edad muy avanzada “*Elegía a Marienband*” y “*Fausto*” obra que versa de cómo Fausto vende su alma a Mefistófeles a cambio de la juventud<sup>81</sup>.

### **3.9. Del Siglo XIX a la actualidad.**

La edad contemporánea es un periodo de grandes cambios y transformaciones. Es tiempo también de las grandes revoluciones, incluida la demográfica. Como resultado de los avances científicos, la higiene y la salubridad, se producirá un aumento de la longevidad de la población en la mayoría de los países europeos. A consecuencia del afianzamiento de la clase burguesa, se produce una consolidación del derecho de la propiedad. El viejo, al ser propietario, conserva la autoridad que le proporciona la propiedad. En el s. XIX, la longevidad aumenta entre las clases ricas. La autoridad del Patriarca aumenta, lo que se refleja en las relaciones familiares (p.e. besar la mano como forma de respeto, los castigos corporales son comunes).<sup>82</sup>

El anciano se sitúa al frente de la familia extensa o amplia compuesta de varias generaciones: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines. Se produce en definitiva, una revalorización de la vejez. Los abuelos asumen los cuidados de los nietos y contribuyen de este modo a aportar valor a la familia.

Los ancianos de la clase trabajadora por su parte, no gozaban de tanta consideración y respeto. En realidad, las condiciones precarias en la industrialización, hacía que hubiera pocos obreros viejos y lo más probable fuera que muchos adultos parecieran ancianos, que eran vistos como una carga.

Con el cambio de siglo, se sientan las bases para la protección del trabajador en su ancianidad. La jubilación, como forma de prestación económica cuando la persona deja de ser productiva, empieza a instaurarse en la mayoría de los países. Las gratificaciones por jubilación aparecen como tales en los inicios del Estado liberal

---

<sup>81</sup> DE LA SERNA, I. *op. cit.* p. 48.

<sup>82</sup> ALBA, V. *op. cit.* p. 83.

moderno<sup>83</sup>. La jubilación y las prestaciones sociales (el seguro de vejez) serán pieza clave en el Estado de Bienestar.

Thomas (1873) escribe la obra *«La longevidad del hombre: hechos y ficción»*, donde se muestra la inconsistencia de muchas teorías sobre la longevidad. Charcot, en su obra *«Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques»*, analiza el envejecimiento desde un punto de vista científico<sup>84</sup>. Otra obra destacada es *«El retrato de Dorian Gray»* de Oscar Wilde (1854-1900) donde el protagonista hace un pacto para no envejecer y mientras él se mantiene joven, solo envejece su cuadro. Al final de la novela, Dorian romperá el lienzo, recuperando lo que debería haber sido su aspecto original.

En la época actual, en la corriente de pensamiento crítico, cabe citar a Norberto Bobbio, con su obra *«De Senectute y otros escritos biográficos»* en donde rechaza la apología de la vejez. Señala que los ancianos son marginados por el curso rápido de la historia, no siendo capaces de adaptarse a cambios tan veloces. También son críticos con la vejez, por ejemplo, otros autores como Améry, González León, Andre Gide y Doris Lessing. De signo contrario, autores como Herman Hess (*Elogio de la vejez*), Friedan o la premio nobel Rita Levi-Montalcini (que llegó a vivir hasta los 103 años) ofrecen una visión más activa y positiva de la vejez<sup>85</sup>.

Por otra parte en los Estados de economía neocapitalista, se pone el acento en el consumo. De esta manera el sistema de seguros sociales tiene una finalidad económica de primera magnitud. Los ancianos dejan de ser productores, pero pueden ser consumidores<sup>86</sup>.

Si bien la mejora de la condición social del anciano es evidente en este periodo, a partir del periodo de entreguerras mundiales y más acentuada en la década de los sesenta, se va a producir un relajamiento de los lazos familiares, con cambio en los modelos de relación paterno-filial y de la autoridad paterna, mayor liberación sexual y

---

<sup>83</sup> GRACIA, D. *Historia de la vejez*. En GAFO, J. (ed) *«Ética y ancianidad»*. Madrid. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1995. p. 25.

<sup>84</sup> DE LA SERNA, I. *op. cit.* p. 49.

<sup>85</sup> DE LA SERNA, I. *op. cit.* p. 52.

<sup>86</sup> GRACIA, D. *op. cit.* p. 25.

universalidad de la anticoncepción, unido a pérdida de la importancia de la familia. La separación entre generaciones es mayor que en el pasado. A la vejez, se le aparta del curso real de la vida, donde los estereotipos y prejuicios inducen a una vejez sin sexualidad, se tiende a aislarlos y a privarles de toda función. Además, cuando hay crisis económicas, los viejos ven disminuir sus recursos y perder apoyos familiares.

La vejez pasa a ser una etapa de espera, improductiva, marcada por la jubilación. Al viejo se le jubila por ley, independientemente de su capacidad física o mental. Con la jubilación se le priva de la «vida activa». Nada contribuye más al deseo de vivir que sentirse útil y necesario. Internamente el anciano siente que su vida no tiene valor, que carece de sentido. Realza «*lo que se hacía en sus tiempos*», «*cualquier tiempo pasado fue mejor*», por lo que vive con nostalgia mirando al pasado. Ante este panorama la resignación se hace presente. Ninguna mejora se espera, sino es pasar a «mejor vida».

Como consecuencia del aumento demográfico, surgen otros problemas, como la dependencia y el aumento de enfermedades degenerativas. A los más ancianos cuando disminuye su autonomía, se les dirigen a un futuro ingreso en instituciones especializadas como residencias o asilos.

Por último, se produce un gran avance de la ciencia, de la medicina y de la Gerontología. Se empiezan a conocer las claves del envejecimiento. Se produce una reconceptualización en el estudio de la vejez ya que empieza a consolidarse un modelo integral bio-psico-social que aglutina todas las perspectivas posibles, biológicas, sociales y psicológicas en consonancia con la definición de salud de la OMS. La concepción de la vejez como una construcción social, como un proceso de cambio, implica un enfoque interdisciplinar en el que participan muchos médicos, psicólogos, sociólogos, biólogos, asistentes sociales, juristas, antropólogos, economistas, etc., con el objetivo de esclarecer las interacciones entre los factores bio-psico-sociales que conforman el proceso de envejecimiento<sup>87</sup>.

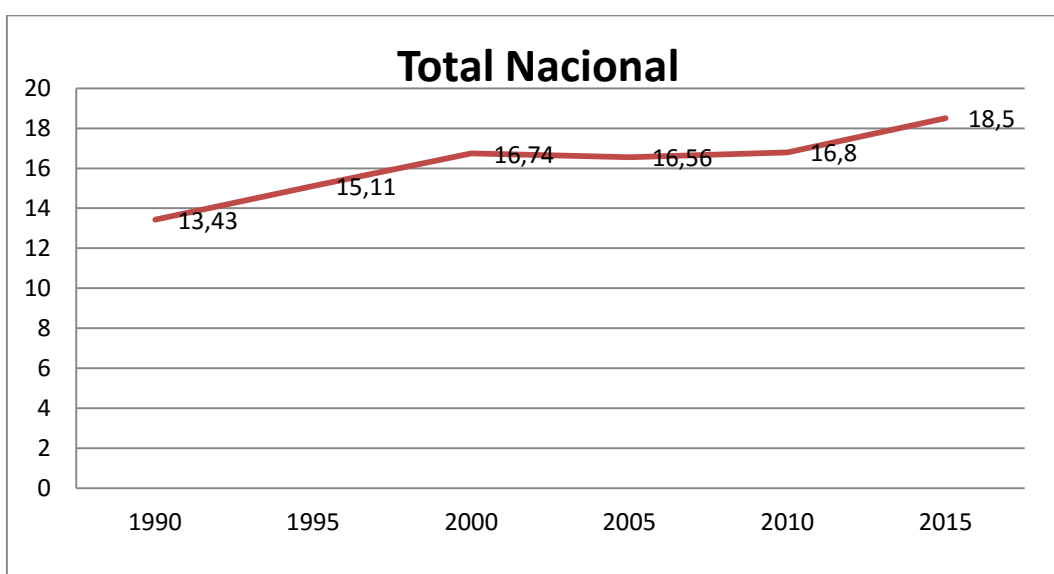
#### **4. La Socio-demografía de la vejez española.**

---

<sup>87</sup> CARBAJO, MC. *op. cit.* p. 240.



Una vez conocida la evolución histórica de la vejez, interesa dimensionar lo que los autores han venido a llamar la revolución demográfica y apuntar sus posibles consecuencias. El envejecimiento demográfico es un fenómeno relativamente reciente, en aumento en todo el mundo, con mucha más fuerza en los países desarrollados y ricos. Esta frase, que se ha convertido en un tópico, suele venir acompañada de pronósticos pesimistas acerca del futuro. Se habla de la «problemática de la vejez», de aumento de las enfermedades degenerativas, de la dificultad para satisfacer las pensiones, sin que muchas de esas aseveraciones hayan sido contrastadas y verificadas. En todo caso también puede verse la vejez como un logro.



**Gráfico 1: Porcentajes totales de personas mayores de 64 años.** Elaboración propia  
Fuente: INE, 2015.

El proceso de ancianización, caracterizado por un incremento de la proporción de personas de edad avanzada, modifica la estructura por edad de la población. Las cifras de este envejecimiento en España son elocuentes. La proporción de personas mayores de 64 años ha pasado en los últimos 25 años de un 13,4% de la población a representar más de un 18% (*Gráfico 1*). En el transcurso del último siglo, el grupo de mayores de 65 años es el que mayor incremento ha experimentado. El aumento de ancianos, está producido por una mayor esperanza media de vida y aumento de la longevidad y a la vez una disminución de las tasas de natalidad y fecundidad.

<b>Tabla 1: Tasa* de mortalidad y esperanza de vida de población de España por sexo y edad, en mayores de 65 años.</b>		
<b>Año 2013</b>	<b>Tasa de mortalidad</b>	<b>Esperanza de vida</b>
<b>Hombres</b>		
65	13,344519	18,95946
70	19,688846	15,214833
75	31,943521	11,74516
80	53,850991	8,705956
85	97,354906	6,220805
90	173,596621	4,471919
95	264,75883	3,471395
100	293,011364	3,412837
<b>Mujeres</b>		
65	4,970853	22,901757
70	8,265861	18,523563
75	15,000269	14,354461
80	30,415307	10,569882
85	63,801249	7,411509
90	131,609491	5,079711
95	234,906112	3,65726
100	318,718154	3,137568
*Las tasas de mortalidad están expresadas en tanto por mil.		
<b>Fuente:</b> Instituto Nacional de Estadística, 2013.		

En España además, las proyecciones apuntan que para las próximas décadas, este grupo de población seguirá aumentando rápidamente. En el año 2050, alcanzará la cifra de 15 millones de mayores de 65 años, lo que supone el doble que en la actualidad y alrededor de un tercio del total de la población española (aproximadamente un 36,4%)<sup>88</sup>. Estos datos indican que la estructura de edad de la población española envejecerá en las próximas décadas de forma acelerada e intensa. En relación a sus socios europeos, España ocupa actualmente el puesto 12º en proporción de mayores de

<sup>88</sup> FERNÁNDEZ MUÑOZ, JN. INFORME 2012 Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Primera edición. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

65 años, siendo Grecia, Portugal y Bulgaria los países con una mayor proporción de ancianos.

Cuando desagregamos las cifras totales, por razón de sexo, se pueden apreciar diferencias entre ambos. Así como se muestra en la tabla 1, la tasa de mortalidad es mucho mayor en hombres que en mujeres mayores de 65 años. En correspondencia con este dato, la esperanza de vida a los 65 años es menor (18,9 años) en hombres que en mujeres (22,9 años). Estas cifras se tienden a igualar conforme hombres y mujeres se aproximan a centenarios, edad en la que la esperanza de vida es similar (unos 3 años en ambos sexos).<sup>89</sup> Según datos del INE de 2015, la proporción de mujeres en la población española es de un 51% (23.619.089 mujeres), frente a un 49 % de hombres (22.820.775 hombres).

En cuanto a datos de renta media disponible en hogares españoles, las diferencias por sexos son igualmente significativas, de manera que las mujeres presentan una posición económica más desfavorable que los varones (*Tabla 2*). El porcentaje de mujeres pobres mayores de 65 años, 29,6% es mayor que el de hombres, 20,8%. En los restantes grupos de edad, hombres y mujeres pobres se distribuyen de forma parecida.

<b>Tabla 2. Renta media disponible. Serie 2009-2013 por sexo y periodo.</b>					
Unidades: euros corrientes. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. INE					
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Hombres</b>	17.408	17.128	16.494	16.278	15.722
<b>Mujeres</b>	16.684	16.721	16.070	15.964	15.551

Si desagregamos los datos por grupos de edades, observamos que los mayores de 65 años, tienen una menor renta media que el resto de grupo excepto los comprendidos entre 16 y 24 años, aunque los datos de esta serie pueden estar influenciados por la situación de crisis que sufre la sociedad española. Se puede observar como en la serie histórica (2009 a 2013), los mayores han mantenido relativamente estable su renta media. (*Tabla 3*).

<sup>89</sup> Los datos del Instituto nacional de Estadística son los últimos disponibles referidos al año 2013.

<b>Tabla 3. Renta media y mediana por edad y periodo. Serie 2009-2013.</b>					
Unidades: euros corrientes. Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. INE					
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>De 16 a 24 años</b>	15.589	15.366	14.653	13.941	13.483
<b>De 25 a 49 años</b>	17.698	17.372	16.607	16.325	15.742
<b>De 50 a 64 años</b>	19.476	19.665	18.749	18.475	17.952
<b>65 años y más</b>	15.390	15.566	15.053	15.549	15.574

Otro dato de especial consideración es la tasa de dependencia, que en el caso de España se incrementará de forma intensa en los próximos años. Las previsiones de seguir al ritmo actual es que en 2050 la tasa de dependencia se sitúe en torno al 62,5%<sup>90</sup>.

Con los datos expuestos, se puede adelantar que el envejecimiento, reunirá una serie de características que influirán en el modo de percibir la vejez en el futuro próximo:

- *Envejecimiento rápido.* El envejecimiento poblacional se incrementará de forma acelerada, con un crecimiento mayor que en otros grupos etarios. En los próximos años el envejecimiento poblacional será más rápido en los países de corte occidental. Esto producirá cambios en la estructura de la pirámide poblacional.
- *Envejecimiento del envejecimiento.* Al incrementarse la esperanza de vida y la longevidad, las personas mayores viven más años siendo “mayores”. Por tanto cada vez habrá más mayores y estos a su vez cada vez serán más “viejos”.
- *Feminización del envejecimiento.* El porcentaje de mujeres mayores de 65 años es mayor que los hombres y además las mujeres viven más años.
- *Empobrecimiento de la vejez.* Al prolongarse la vejez se produce un cambio en la relación vida activa/jubilación. Las pensiones se mantienen más años, percibiéndose un empobrecimiento del sujeto. Esto incide en una mayor vulnerabilidad, un mayor riesgo de marginalidad y de exclusión social.

<sup>90</sup> CABRERA, P.J. *Socio-Demografía de la vejez*. En: DE LA TORRE, J (edit.). «Bioética y ancianidad en una sociedad en Cambio». Madrid, Universidad de Comillas, 2015. p. 27.

- *Heterogeneidad del envejecimiento.* Una de las características más relevantes es que nadie envejece igual, por lo que dentro del grupo de mayores se pueden encontrar a personas en diferente estado y condición. Las personas envejecen cada vez en mejores condiciones físicas y psíquicas, generando una mayor calidad de vida.
- *Aumento de las desigualdades en salud, e incremento del índice de dependencia.*

El fenómeno de envejecimiento de la población en los últimos años se realiza en un contexto en el cual, por un lado, no hay una mejora en la calidad de vida de los mayores, y tampoco una adaptación al hecho de que los mayores carecen de un rol y de un espacio social adecuado. Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad. La consideración del grupo de edad avanzada como homogéneo alimenta un estereotipo que ha dado lugar a una imagen negativa de este colectivo<sup>91</sup>. Las percepciones negativas de la vejez provocan que los mayores vean reducida su autoestima y dificultan el pleno ejercicio de sus derechos. Y en el peor de los casos conducen a su marginación económica, cultural y sanitaria. A consecuencia de la soledad y pérdida de identidad al que se ve sometido el anciano, se va creando un ambiente despersonalizado e insolidario, que contribuye a que el propio anciano acabe por “auto-marginarse”<sup>92</sup>.

Las causas de esta marginación son diversas:

- Cambio en las relaciones familiares. Al anciano, especialmente en situación de viudez, se le “aisla” en asilos o residencias geriátricas.
- Modificación del estatuto ético y social del anciano. Como se ha señalado en diversas épocas históricas, el anciano pierde su hegemonía en las relaciones de poder.
- Mitificación y exaltación de la juventud en la sociedad de consumo. Hoy en día se puede hablar de una «*industria anti-envejecimiento*» (anti-Aging), pues cada

---

<sup>91</sup> CARBAJO VÉLEZ, M.C. *op. cit.* p. 95

<sup>92</sup> GARCÍA FÉREZ, J. “*Bioética y Personas Mayores*”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>.

año mueve unas sumas de dinero cercanas a los 60.000 millones de euros. Conviene diferenciarla de la medicina antienvjecimiento, que es aquella que trata de la promoción, investigación e innovación de la ciencia para prolongar la vida útil saludable en los seres humanos para que sean capaces de vivir de manera productiva e independiente.

- Una visión hedonista de la vida que no tolera la enfermedad ni la pérdida de capacidad y que hace que se viva de espaldas a la muerte.
- Negación sistemática de los valores tradicionales.

Este «paradigma negativista» desfasado no refleja la auténtica realidad. De hecho, la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y siguen siendo autónomos ya muy ancianos. Sobre todo, en los países en vías de desarrollo, donde continúan realizando trabajos remunerados y no remunerados. En todos los países, las actividades de voluntariado protagonizadas por las personas mayores constituyen una importante contribución a la sociedad.



**CAPITULO 2: LA DISCRIMINACION POR RAZON DE  
EDAD Y AGEISMO: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**





## **CAPITULO 2: LA DISCRIMINACION POR RAZON DE EDAD Y AGEISMO: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL**

**Sumario:** 1. Introducción: La discriminación por edad. 2. La conducta estereotipada y las actitudes negativas. 3. La discriminación por razón de edad en el adulto mayor: el ageísmo. 4. Terminología y figuras afines al ageísmo. 4.1. La Gerontofobia o Gerofobia. 4.2. Edadismo, Etarismo, Edaísmo o Etaísmo. 4.3. Una propuesta de superación terminológica. 5. Un caso de especial consideración: la discriminación laboral por razón de edad. 6. La medicalización del envejecimiento y la cuestión social.

### **1. Introducción: La discriminación por edad.**

La edad<sup>93</sup> es el periodo de tiempo de existencia de una persona, que va desde su nacimiento hasta el momento de su vida que se considere. La variedad de normativas en relación con la edad es enorme, con una amplitud que va desde las declaraciones de derechos humanos hasta la última disposición de cualquier ayuntamiento<sup>94</sup>.

La edad se tiene en cuenta en Derecho a efectos que no tienen en cuenta ni el estado ni la capacidad<sup>95</sup>. Pero también se tiene en cuenta en orden a determinar el estado y la capacidad general de obrar del sujeto y ciertas capacidades generales.<sup>96</sup> Uno de los

---

<sup>93</sup> Según el Diccionario de Autoridades - Tomo III (1732), la acepción Edad: Comúnmente se entiende por los años que uno tiene desde su nacimiento...La vida del hombre se divide en siete términos o edades, que son niñez, puericia, adolescencia, juventud, virilidad, vejez y decrepitud. Es tomado del Latino Aetas, que significa esto mismo.

<sup>94</sup> MORAGAS, R. *op. cit.* p. 204.

<sup>95</sup> Por ejemplo el art. 175 del Código Civil español: «La adopción requiere que el adoptante sea mayor de veinticinco años».

<sup>96</sup> ALBADALEJO, M. *Derecho Civil. Introducción y parte General. Volumen primero*. Barcelona, Bosch, 1985. p. 243.

límites más relevantes establecido por el Derecho es el de la mayoría de edad, que en nuestro ordenamiento determina la adquisición de la capacidad general de obrar<sup>97</sup>.

Las materias reguladas en relación con la edad son muy variadas, aunque la mayoría de las normas tienen que ver con las condiciones básicas de vida, recursos económicos y asistencia sanitaria. Las consecuencias jurídicas de la aplicación de estas normas plantean una paradoja: las normas de derechos humanos se basan en el principio de igualdad de todos los ciudadanos y prohíben la discriminación por cualquier causa. Por otra parte, el estatus de jubilado y sus disposiciones reguladoras están condicionadas por el hecho de la jubilación, claramente discriminatoria al basarse en la edad<sup>98</sup>. Por ejemplo, se ha declarado la inconstitucionalidad de la jubilación obligatoria en varios países entre ellos España (donde se ha utilizado el criterio de edad cronológica).

Todas las sociedades humanas utilizan de algún modo la edad como un criterio de segmentación de la vida (infancia, adolescencia, juventud, etc.) y como un criterio de distinción de las personas (por ejemplo para organizar la división del trabajo). Estas distinciones, determinan en gran medida la percepción del lugar que cada persona ocupa en la estructura social. Resulta evidente que la edad, además de ser utilizada socialmente como un factor de diferencia, también puede ser utilizada como un factor de rechazo o exclusión social<sup>99</sup>.

La edad puede ser un factor de discriminación que contribuya a diferenciar arbitrariamente a los individuos, como ocurre con otros factores como el sexo, la raza o la religión, en el actuar social. Según Mercader,<sup>100</sup> el concepto de discriminación, aunque manifestación del principio de igualdad, tiene un contenido más específico, referido a la tutela antidiscriminatoria, que impone una paridad de trato. La discriminación supone una diferenciación de trato, que actúa contra el sujeto

---

<sup>97</sup> Así lo establece el art. 12 de nuestra Constitución: «los españoles son mayores de edad a los dieciocho años», y lo recoge después el art. 315 del Código Civil: «La mayor edad empieza a los dieciocho años cumplidos. Para el cómputo de los años de la mayoría de edad se incluirá completo el día del nacimiento».

<sup>98</sup> MORAGAS, R. *op. cit.* p. 203.

<sup>99</sup> MERCADER, JR. «Bases para la construcción del juicio de no discriminación por razón de edad». En: MERCADER, JR (dir). *Trabajadores maduros. Un análisis multidisciplinar de la repercusión en el ámbito social* (e-book). Valladolid, Lex Nova, 1 oct. 2009. p.24.

<sup>100</sup> MERCADER, JR, *Ibidem.* p.24.

discriminado anulando o menoscabando el disfrute de ciertos derechos o agravando sus cargas. La discriminación opera, en última instancia, como instrumento de segregación social, en la medida que aleja o distancia al sujeto del grupo social o le reserva espacios propios<sup>101</sup>.

Definen Peláez y Ferrer a la discriminación por edad, como un conjunto de acciones u omisiones que tienden a tratar al individuo o a una colectividad con estándares inferiores en comparación con otros que no son miembros de esa colectividad definida en función de la edad.<sup>102</sup>

Conviene en este punto delimitar las nociones de igualdad y de discriminación. El art. 14 CE establece lo siguiente: «*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*». Pueden diferenciarse dos partes en este artículo. Una parte primera, enunciativa del principio de “igualdad de los ciudadanos ante la ley”. Y una segunda parte, en la que se prohíbe la discriminación atribuible a cualquier condición o circunstancia personal o social. Si bien la prohibición de discriminación es una derivación del principio de igualdad, tiene al mismo tiempo, una cierta autonomía respecto al principio de igualdad en sentido formal<sup>103</sup>.

La cláusula antidiscriminatoria abierta contenida en el art. 14 de la CE, prohíbe la discriminación por una serie de causas que el propio precepto enumera. Esta cláusula no tiene carácter tasado, puesto que el mismo artículo se encarga de extenderla a «cualquier otra condición o circunstancia personal o social» (distinta de las que enumera: nacimiento, raza, sexo, etc.). Junto con el principio de igualdad formal proclamado en el artículo 14, la Constitución española recoge esta concepción del principio de igualdad material en el artículo 9.2<sup>104</sup>.

---

<sup>101</sup> MERCADER, JR. *Ibidem*. p 25.

<sup>102</sup> PELÁEZ, M. FERRER, M. *Salud Pública y los derechos humanos de los adultos mayores*. Acta Bioética, 2001; año VII, nº1.

<sup>103</sup> ÁLVAREZ DEL CUVILLO, A. Derechos Fundamentales en la Relación de Trabajo Tema 2. Cuestiones generales sobre discriminación. Curso 2013-2014. Cádiz. Universidad de Cádiz. Disponible en: <https://ocw.uca.es/mod/resource/view.php?id=2238>.

<sup>104</sup> Art. 9.2: «Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos

El Tribunal Constitucional interpreta el principio de igualdad material contenido en el artículo 9.2, como «un precepto que compromete la acción de los poderes públicos, a fin de que pueda alcanzarse la igualdad sustancial entre los individuos, con independencia de su situación social»<sup>105</sup> y que puede imponer “la adopción de normas especiales que tiendan a corregir los efectos dispares que, en orden al disfrute de bienes garantizados por la Constitución, se sigan de la aplicación de disposiciones generales en una sociedad cuyas desigualdades radicales han sido negativamente valoradas por la propia Norma Fundamental»<sup>106</sup>.

A juicio del Alto Tribunal no podrá reputarse de discriminatoria y constitucionalmente prohibida...«la acción de favorecimiento... en beneficio de determinados colectivos, históricamente preteridos y marginados, a fin de que, mediante un trato especial más favorable, vean suavizada o compensada su situación de desigualdad sustancial»<sup>107</sup>.

Señala Fernández Segado<sup>108</sup>, que el término discriminación, en el marco de la protección internacional de los derechos humanos, ha evolucionado de un sentido peyorativo genérico, equivalente a una imprecisa igualdad de trato, hacia un sentido más específico y concreto, relativo sólo a desigualdades de trato injustas o arbitrarias. Estas desigualdades injustas se basan en concretas razones especialmente odiosas o rechazables que suponen negar la propia igualdad de los hombres. Esta posición ha sido corroborada por la jurisprudencia de nuestro Alto Tribunal Constitucional<sup>109</sup>.

La conceptualización del proceso discriminatorio cuando tiene por razón la edad, presenta importantes problemas de construcción jurídica, por diversas razones:

---

*que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social».*

<sup>105</sup> STC 39/1986, de 31 de marzo.

<sup>106</sup> STC 19/1988, de 16 de febrero.

<sup>107</sup> STC 216/1991, de 14 de noviembre.

<sup>108</sup> FERNÁNDEZ SEGADO, F. *op. cit.* p. 104.

<sup>109</sup> Así por ejemplo, la STC nº 17/2003, de 30 de enero de 2003: “La prohibición de discriminación contenida en el art.14 CE representa una explícita interdicción frente al mantenimiento de determinadas diferenciaciones históricamente muy arraigadas y que han situado a sectores de la población, tanto por la acción de los poderes públicos como por la práctica social, en posiciones no sólo desventajosas sino abiertamente contrarias a la dignidad de la persona que reconoce el art. 10 CE”.

- La noción de edad permite dividir la edad humana en distintos periodos temporales, cuyos límites no siempre están claramente definidos. La edad no permite juicios homogéneos sobre las distintas categorías de segmentación, ya que la edad es un fenómeno altamente individualizado. Así como la raza o el sexo son categorías permanentes o excluyentes entre sí (o se es hombre o se es mujer), en el caso de la edad, esta adquiere una medida relativa. Un hombre de 40 años puede ser joven en relación con un octogenario, a la vez que viejo para un niño de 10 años.
- No hay tampoco un acuerdo claro acerca de los comportamientos o actitudes que son considerados como discriminatorios.
- Cada grupo etario puede ser objeto de discriminación, pero con unos perfiles y rasgos bien diferenciados, según se trate de niños, jóvenes o ancianos. Aunque el factor edad sea el “motivo” común del trato diferenciado, su alcance es diferente ya se trate de unos o de otros. Frente a la consideración de una discriminación «universal» por razón de edad a la que se refiere Sagrera<sup>110</sup>, podemos distinguir unos caracteres propios en la discriminación del anciano, diferentes del grupo de jóvenes o de los niños.
- Hasta el momento, para describir el fenómeno de la discriminación por razón de edad, se han utilizado numerosos términos, sin que haya una normalización terminológica. A mayor abundamiento, estos términos son usados a menudo como sinónimos, cuando no lo son, lo que añade un factor más de confusión.
- A lo anterior se le añade que la prospección y el análisis de las fuentes disponibles sobre la discriminación por razón de edad, tanto en el ámbito de la UE como en nuestro país, presenta una escasez de bibliografía específica en la materia<sup>111</sup>. Puede afirmarse que la aproximación a la discriminación por razones de edad en

---

<sup>110</sup> SAGRERA, M. *El edadismo, contra “jóvenes” y “viejos”. La discriminación universal*, Madrid, Fundamentos, 1992.

<sup>111</sup> RED2RED. Estudio diagnóstico de fuentes secundarias sobre la discriminación en España. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. p.50.

nuestro país es fundamentalmente indirecta y parcial, no existiendo un estudio referencial<sup>112</sup>.

- Existe por otra parte, escasa investigación sobre la interacción que se produce entre la discriminación en base a la edad y otras vulneraciones, en especial, con respecto a la mujer. La cuestión de género, así como la pobreza tienen una especial incidencia en el trato discriminatorio que se les dispensa a las personas de edad. Existe, por así decirlo un cierto “perfil de riesgo” en el que pueden aparecer estas figuras en solitario o combinadas entre sí.

Desde el punto de vista histórico, están descritas tres dimensiones relevantes de la discriminación por edad, a juicio de Macnicol<sup>113</sup>:

a) *La discriminación por edad en las relaciones sociales y actitudes*: Son las actitudes, estereotipos, acciones y vocabulario utilizados para referirse a un grupo con un estatus social disminuido exclusiva o principalmente en referencia a su edad cronológica. La discriminación por edad se puede dirigir contra las personas de cualquier edad, aunque es quizás el más notorio cuando se dirige a personas mayores. Puede funcionar en varios niveles, desde la interpersonal a la institucional y es visto como el equivalente al racismo o el sexismo. Mucha de la investigación de esta dimensión se ha realizado desde la Psicología o la Sociología.

b) *La discriminación por edad en el empleo*: Quizás sea el área donde más ha actuado el derecho anti-discriminatorio. Desde la década de 1930, se ha producido un vivo debate sobre la influencia de la edad en la contratación, despido, promoción, la remuneración, la formación, y la jubilación obligatoria. En el caso de la jubilación obligatoria, se ve como el ejemplo más objetable de la discriminación por edad. En épocas de elevado paro juvenil el énfasis se ha puesto en el fomento de la jubilación temprana o anticipada. En épocas de crisis, en especial las últimas décadas, se hace hincapié en la prolongación de la jubilación.

---

<sup>112</sup> RED2RED. *Ibidem*. p.51

<sup>113</sup> MACNICOL, J. *Ageism and Age Discrimination: Some Analytical Issues*. London, The International Longevity Centre - UK (ILCUK), August 2010. Disponible en: [file:///C:/Users/ANGELALFREDO/Downloads/pdf\\_pdf\\_139.pdf](file:///C:/Users/ANGELALFREDO/Downloads/pdf_pdf_139.pdf)

El Eurobarómetro del año 2012, llevado a cabo en los Estados miembros de la UE, sobre la Discriminación, reveló que:

- 45% de los europeos cree que la discriminación por edad está muy extendida.
- 67% cree que la crisis económica está contribuyendo a una mayor discriminación contra los trabajadores mayores de 55 años.
- 54% cree que la edad de un solicitante de empleo es una desventaja si son mayores de 55 años.

c) *La discriminación por edad en la distribución de bienes y servicios*: El estudio de esta dimensión es mucho más reciente que las anteriores. Sus defensores argumentan que las personas mayores son injustamente discriminadas en distintas áreas (en materia de seguros o en el cuidado de la salud, por ejemplo).

En el amplio elenco de conductas y acciones discriminatorias que tienen por causa la edad en la distribución de bienes y servicios, reviste especial consideración la discriminación en el cuidado de la salud.

Rodríguez Rovira distingue tres niveles en el proceso discriminatorio en el ámbito de la salud:

- Un primer nivel es de carácter general, cultural, basado en prejuicios y estereotipos acerca de las personas mayores. Alcanza al conjunto de la población cuando minusvalora la salud de las personas mayores. Es la primera barrera impeditiva ya que distorsiona el modo de entender el binomio salud-enfermedad en el anciano.
- Un segundo nivel, de carácter individual, que se produce cuando los profesionales sanitarios aplican sus decisiones y estas se basan más en prejuicios comunes al resto de la población que en argumentos de evidencia científica. Esta situación se ve propiciada por la presión asistencial y los criterios economicistas que promueven los criterios modernos de gestión hospitalaria<sup>114</sup>.

---

<sup>114</sup> RODRIGUEZ ROVIRA, E. *óp. cit.* pp. 15-16



- Un último nivel, es el institucional, cuando el sistema sanitario es incapaz de adaptarse a la dinámica demográfica, lo que conculca los derechos asistenciales. Esto ocurre por la falta de centros públicos de larga estancia, de crónicos, de unidades de geriatría que permiten el abordaje específico de este sector de la población y con la formación de nuevos especialistas, en nuestro caso de geriatras. Rodríguez Rovira<sup>115</sup>, señala que cuando *«se trata de ahorrar recursos, (...) el coste de estancia de un hospital es varias veces más caro que el de un centro socio-sanitario, pero desgraciadamente en muchos casos no existe tal recurso sustitutivo»*.

Ribera<sup>116</sup> formula algunos ejemplos concretos de discriminación social del viejo, que se manifiestan o repercuten notablemente en la salud:

- Limitación al principio de autonomía.
- Abusos y malos tratos.
- Barreras ciudadanas.
- Limitaciones a la convivencia intergeneracional.
- Limitaciones al ejercicio de determinados derechos.
- Ausencia de estudios sobre geronto-geriatría.
- Pobreza de recursos sociales orientados al anciano (residencias, ayudas a domicilio).
- Mala imagen de los medios de comunicación: gerontofobia.
- Lenguaje sectario.

## **2. La conducta estereotipada y las actitudes negativas.**

En el apartado anterior describíamos la dimensión de la discriminación por edad en las relaciones sociales y actitudes. Convendría, antes de nada, aclarar los conceptos que intervienen en este proceso discriminatorio. Existen tres mecanismos que inciden en las actitudes discriminatorias:

---

<sup>115</sup> RODRÍGUEZ ROVIRA, E. *óp. cit.* p. 16.

<sup>116</sup> RIBERA CASADO, JM. «Problemas éticos más frecuentes en atención primaria». En: Ribera Casado, JM. Cruz Jentoft, AJ (Edit.). *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona, Uriach & Cia, 1997. p. 411.

- Afectivo (prejuicio).
- Cognoscitivo (estereotipo).
- Comportamiento (discriminación).

El «*prejuicio*» se define como una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo. El «*estereotipo*» es una característica (positiva o negativa) asociada a una categoría cognitiva que es usada por los perceptores para procesar información sobre el grupo o miembros del grupo. La «*discriminación*» es la parte visible o comportamiento del prejuicio, es decir, el tratamiento desigual desfavorecedor a un sujeto o grupo, como consecuencia del prejuicio<sup>117</sup>. En la base de la discriminación por edad quedan contenidos estos tres mecanismos. En el presente apartado nos ocuparemos del estereotipo.

Los estereotipos son estructuras que se almacenan en nuestras creencias y expectativas sobre las características de grupos sociales. Los estereotipos dirigen nuestro comportamiento social y gobiernan a menudo qué información buscamos, prestamos atención, y recordamos. En la raíz de la estereotipia está nuestro impulso para asignar objetos, acontecimientos, y a gente a las clases significativas, sobre las cuales hemos asignados nuestras expectativas. Para tener un sentido del mundo, agrupamos los objetos y los acontecimientos basados en sus características similares.

Identificar estas características compartidas sirve para reducir la cantidad de datos redundantes que se procesarán y proporciona la información útil adicional. La cualidad de miembro asignada no resulta necesariamente de la posesión real de un individuo con los rasgos necesarios de la categoría. En su lugar, se basa en nuestras opiniones de cómo una persona cabe dentro de cierto grupo social, basadas en características que creemos representan una categoría<sup>118</sup>.

---

<sup>117</sup> MONTES, B. *Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio*. Jaén, Iniciación a la Investigación Revista electrónica, Universidad de Jaén, Núm. 3 (2008). Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/viewFile/202/183>

<sup>118</sup> AMY J. C. CUDDY, SUSAN T. FISKE. «Doddering but Dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of older Persons». En: Todd D. Nelson (Editor). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge, Mass., MIT Press, 2002.

Un ejemplo de ello extraído de la realidad cotidiana muestra que el prototipo de persona mayor es retratada en la televisión como torpe, confusa, encorvada, y desaliñada, característica que categoriza rápidamente el carácter del estereotipo. Ni que decir tiene que estas características no coinciden con las que podemos observar en una maratón de corredores seniors.

Lippmann, hace casi un siglo, definió el estereotipo como una percepción incorrecta, producida por razonamientos ilógicos y rígidos. El estereotipo ayuda a estructurar situaciones cotidianas para los individuos y permiten a las personas familiarizarse con situaciones u objetos desconocidos, atribuyéndoles características que disminuyan su ambigüedad, para reducir su impacto en la auto-percepción y mantenerse bajo control<sup>119</sup>. Son como imágenes que tenemos en la cabeza que nos hablan del mundo antes de conocerlo, como preconcepciones que gobiernan nuestra percepción, *«una forma de percepción, que impone un cierto carácter a los datos antes de que los datos lleguen al intelecto»*.<sup>120</sup>

Por su parte Borrella<sup>121</sup> entiende como estereotipo *«las creencias sociales que se mantienen hacia los miembros de determinados grupos, por las que éstos son percibidos uniformemente, al prescindirse de las características individuales que hacen único al ser humano»*.

El carácter del estereotipo del anciano, influye en la forma en que los jóvenes perciben e interactúan con ellos y también en la autodefinición y comportamiento de las personas mayores. Los estereotipos sociales acaban influyendo en la conducta y la auto-percepción. Se habla por ello de *«profecía auto-cumplida»* o profecía de la auto-realización, como la tendencia a actuar para que se cumplan las creencias o expectativas sobre la base de la idea inicial marcada por el estereotipo. De este forma, la asunción de estereotipos sobre el comportamiento dependientes de los ancianos, podría estar relacionado con procesos de deterioro y pérdida de la autonomía.

---

<sup>119</sup> SAEZ, N. MELENDEZ, JC. ALEIXANDRE, M. *Los estereotipos en los ancianos: un estudio empírico y sus resultados*. Revista de Psicología de la Educación, 1994, nº 14, pp. 75-89.

<sup>120</sup> ARIAS, E. *La imagen Social del mayor: una comparación entre Alumnos universitarios jóvenes y mayores de Castilla-La Mancha*. (Tesis Doctoral) Universidad de Castilla –La Mancha. 2014.

<sup>121</sup> BORRELLA, S. *Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores*. (Tesis Doctoral) Universidad de Extremadura. 2013.

El origen de los estereotipos se encuentra en la ordenación y agrupación de las personas en categorías (grupos sociales), a partir de un proceso de evaluación de las características semejantes y diferentes. Los estereotipos son resistentes al cambio y se fijan en el componente cognitivo de las actitudes. Y al hablar de estereotipos también se puede hablar, siguiendo a Martin, de prejuicios cuando las actitudes son negativas, desfavorables, injustas e irracionales hacia los miembros de otro grupo de personas<sup>122</sup>.

Para Salvarezza<sup>123</sup>, las etiquetas negativas y la estigmatización de los ancianos pueden contribuir a hacer frecuentes en la actualidad conductas que confirman los prejuicios vigentes y que disminuyen tanto la autoestima como la posible sensación de control que pudiera tener el anciano. Para este autor y dado que los estereotipos y los juicios sociales son la suma de expectativas culturales, se justificaría el que tales actitudes puedan ser asumidas por todos los componentes del grupo social, incluidos los interesados, los ancianos. Si estos estereotipos son claramente peyorativos, como es el caso de los mayores, la consecuencia lógica es que al asumirlos, disminuyan consecuentemente en su autoestima.

El desarrollo de una autoestima devaluada obliga a asumir formas de comportamiento que se consideran adecuadas para su edad. Existe una clara interrelación entre los estereotipos sociales y la autopercepción de las personas mayores<sup>124</sup>. Ballagh<sup>125</sup> a su vez distingue en el prejuicio hacia los mayores los estereotipos negativos de las actitudes negativas, lo que permitiría hacer una distinción de diferentes tipos de Ageísmo.

Ballagh<sup>126</sup> describe al menos nueve grandes estereotipos que reflejan los prejuicios negativos hacia los ancianos: las enfermedades, la impotencia, la fealdad, el deterioro cognitivo, la enfermedad mental, la inutilidad, aislamiento, la pobreza, y

---

<sup>122</sup> MARTIN, AV. *Envejecimiento, sociedad y Salud*. Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.

<sup>123</sup> SALVAREZZA, L. (comp.). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires (Argentina), Paídos, 1998. p. 105.

<sup>124</sup> MONTAÑES, J. LATORRE, JM. *Psicología de la Vejez (Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento)* Albacete, Colección Humanidades. Universidad de Castilla-La Mancha, 2003. p. 24.

<sup>125</sup> BALLAGH PALMORE, E. *Ageism: negative and positive*. New York (EEUU), SPRINGER PUBLISHING COMPANY, 1999. p. 19.

<sup>126</sup> BALLAGH PALMORE, E. *Ibidem*. p. 20.

depresión. Siguiendo con este autor<sup>127</sup> que cita a Rowe y Kanh, (autores del texto «*Successful Aging*») pueden enumerarse los mitos más comunes relacionados con la edad y que serían similares a los estereotipos negativos a los que se ha hecho referencia:

1º «*Ser viejo es estar enfermo*». Nada más alejado de la realidad, incluso en edad avanzada, existe una mayoría que está sana y la proporción de discapacidades en este grupo es cada vez menor.

2º «*Tú no puedes enseñar a un viejo nuevas habilidades*». Se trata de un mito bastante extendido, muy presente en la discriminación laboral y al que se contraponen el aprendizaje durante toda la vida.

3º «*El secreto del éxito a una edad avanzada está en elegir sabiamente tus parientes*». Este mito trata de hacer énfasis en la influencia hereditaria, cuando se conoce que la influencia del entorno es mayor que la genética.

4º «*Las luces pueden estar encendidas pero el voltaje es bajo*» Con esto se trata de explicar que los mayores son débiles sexualmente, lo cual se contradice con la idea de que ello depende de la disponibilidad y de contar con una pareja apropiada.

5º «*Las personas mayores no pueden cargar con peso*». Las evidencias actuales muestran que las medidas de la productividad son erróneas y que hay una discriminación en el empleo.

En definitiva, distintas investigaciones han demostrado que la distorsión causada por los estereotipos ciegan a los individuos impidiendo que se prevengan de las diferencias que existen entre varios miembros, no reconociéndoles cualquier virtud, o cualidad. Desde esta perspectiva los estereotipos se vuelven elementos impeditivos en la búsqueda de soluciones adecuadas, convirtiéndose en urgente la lucha contra estas representaciones de carácter discriminatorio, llevando a los ciudadanos a adoptar medidas y comportamiento adecuados hacia los ancianos.

Muchos de esos estereotipos acerca de la edad traspasan e impregnan el lenguaje y sus significados. Sólo basta comprobar el numeroso y extenso repertorio de sinónimos de la palabra viejo, de los cuales en su mayoría, denotan un componente peyorativo y menospreciativo hacia los ancianos. (Ver Tabla 4. Sinónimos de viejo).

---

<sup>127</sup> BALLAGH PALMORE, E. *Ibidem*. p. 28.

**TABLA 4. Sinónimos de la palabra viejo**

---

antecesor	duradero	trasnochado
antepasado	longevo	vetusto
ascendiente	decano	decrépito
yayo	mayor	apolillado
abuelo	veterano	caduco
anciano	obsoleto	añejo
acabado	remoto	añoso
arruinado	gastado	envejecido
completo	rematado	rancio
consumido	terminado	antediluviano
destruido	durable	anticuado
fracasado	vejstorio	antiguo
maduro	matusalén	arcaico
senil	estropeado	rancio
achacoso	deslucido	fósil
secular	ajado	usado
chocho	carraca	atrasado
carcamal	retablo	raído
deteriorado	vejete	

---

Elaboración propia a partir de las siguientes páginas web:

<http://www.sinonimos.org/viejo>

<http://www.wordreference.com/sinonimos/viejo>

<http://www.diccionariodesinonimos.es/viejo/>

---

Ribera recoge, apoyándose en el diccionario Espasa de sinónimos, 22 sinónimos de la palabra viejo y 33 de la palabra anciano. Cabe decir, que más del 90% de estos sinónimos son términos que se usan de forma habitual en el lenguaje coloquial, bien como insultos, bien con un carácter marcadamente despectivo<sup>128</sup>. Esto es una actitud general muy frecuente que depende en mucho de las identificaciones que desde pequeños hacemos con nuestros mayores.<sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> RIBERA CASADO, JM. *op. cit.* Pág. 412.

<sup>129</sup> GONZÁLEZ MORO, A. RODRÍGUEZ RIVERA, L. *Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica*. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2. 2006.

### 3. La discriminación por razón de edad en el adulto mayor: el ageísmo.

La discriminación por edad es un concepto relativamente nuevo, que se manifiesta mediante la utilización de estereotipos y una actitud discriminatoria en especial hacia las personas mayores a causa de su edad, con una distinta valoración de los grupos de edad más jóvenes. Es un concepto construido socialmente, como lo es la vejez. El concepto de «Ageísmo», como se usa en las ciencias sociales, se refiere al conjunto de actitudes que estereotipan los adultos mayores, mientras que «la discriminación por razón de edad» se refiere a las conductas negativas dentro de la ley o la sociedad en general, que afectan a los grupos de personas de diversas edades. El Ageísmo es una forma de discriminación por edad, que se centra en una edad cronológica particular (la de la vejez).

La existencia de numerosos estudios sobre el tema,<sup>130</sup> predominantemente anglosajones, contrasta con la escasez de publicaciones o investigaciones realizadas en España. Prueba de ello, es la práctica unanimidad de la doctrina con respecto al término utilizado en inglés (*ageism*<sup>131</sup>), cosa que no ocurre en el caso español. En nuestro país hay abundancia de términos, utilizados como sinónimos, aunque incorrectamente utilizados. Por razones obvias, debe acometerse un esfuerzo investigador a fin de dimensionar el problema y estudiar las características de nuestro entorno.

La palabra ageísmo es la traslación al español del término “*ageism*” acuñado por Robert Butler<sup>132</sup> en 1968 para referirse a «*un proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores, del mismo*

---

<sup>130</sup> La relación de textos sobre ageísmo es extensa, entre la que cabe señalar para profundizar en el tema: BUTLER, RN. *Ageism*. En G. Maddox (Ed). *The encyclopedia of aging*. (pp. 22-23) New York, Springer Publishing Co, 1987; LEVIN, J. LEVIN, WC. *Ageism: Prejudice and discrimination against the elderly*. Belmont, C.A.: Wadsworth. 1980; PALMORE, E B. *Ageism: Negative and positive*. Volume 25. New York, Springer. Series on Adulthood and Aging, 1990; BYTHEWAY, B. *Ageism*. Buckingham (UK), Open University Press, 1994; NELSON, T. *Ageism. Stereotyping and prejudice older persons*. London: A Bradford book. MIT Press. 2002; GUTMAN, G. SPENCER, CH. *Aging, Ageism and Abuse: Moving from Awareness to Action*. Burlington (USA), Elsevier, 2010; BROWNWELL, P. KELLY, JJ. *Ageism and Mistreatment of Older Workers. Current Reality, Future Solutions*. New York (USA) Springer Science & Business Media, 2012; ROSENTHAL, R. (edit.) *Women, Aging, and Ageism*. New York (USA), The Haworth Press, 2014.

<sup>131</sup> De *age*, edad y el sufijo *-ism*, -ismo.

<sup>132</sup> BUTLER, R. N. (1969). *Age-ism: Another form of bigotry*. *The Gerontologist*, 9, 243-246

modo que el racismo y el sexismo lo hacen con el color de la piel y el género». El vocablo “ageism” fue usado por primera vez en la publicación «*The gerontologist*» al año siguiente. Con la publicación del libro «*Why survive? Being Old in America*» con la que el Dr. Butler<sup>133</sup> consiguió el premio Pulitzer en 1976, “ageism” fue aceptada como nueva palabra en la lengua inglesa.

Aunque se reconoce a Butler la “paternidad” del término, la investigación sobre los estereotipos y actitudes frente a las personas mayores comienza en los años cincuenta donde pueden encontrarse referencias como los trabajos de Tuckman y Lorge<sup>134</sup> (1952), en revistas profesionales de Psicología Social y posteriormente, en paralelo a una disciplina emergente como ha sido la Gerontología<sup>135</sup>.

Comfort proporciona otro concepto de ageísmo: “*es la noción de que las personas dejan de ser personas, dejan de ser las mismas personas o llegar a ser personas de una especie distinta e inferior, en virtud de haber vivido un número determinado de años.*”<sup>136</sup>

Hay algunas diferencias significativas entre la definición de Butler y la aportada por Comfort. Mientras que Butler se basa en las personas que se clasifican como "viejos", Comfort se refiere directamente, a la edad cronológica. Según Butler las generaciones más jóvenes ven "al viejo", como diferente: es la visión de la gente mayor lo que lleva a la discriminación y los prejuicios. Por el contrario, Comfort asocia el conflicto con las barreras burocráticas que impone la edad cronológica en las personas. Así el ageísmo, al igual que el racismo y el sexismo, hunde sus raíces en la identidad social de la persona, tanto en una identidad administrada burocráticamente y como en la identidad que transmite la apariencia física del cuerpo. Cuando las personas se

---

<sup>133</sup> MILLER, CA. *Nursing for wellness in older adults*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2008. p. 5.

<sup>134</sup> TUCKMAN, J.LORGE, I. *Attitudes toward old people*. *Journal of Social Psychology*, 37, 249-260. 1953.

<sup>135</sup> Muestra de esto, son los estudios de BRUBAKER, TH. POWERS, EA. *The stereotype of « old » : A review and alternative approach*. *Journal of Gerontology*, 31, 441-447. 1976 y LUTSKY, NS., *Attitudes toward Old Age and Elderly Persons*. *Annual Review of Gerontology*, 1, 287-336. 1980. A partir de los ochenta, los métodos de análisis estadístico multidimensional han permitido descubrir más allá de la simple enumeración de tratos discriminatorios hacia las personas de edad, diferentes subtipos asociados a la vejez al amparo de investigaciones sobre ciertos grupos (mujeres, personas de raza negra).

<sup>136</sup> BYTHEWAY, BILL. Ageism and Age Categorization. *Journal of Social Issues*. Volume 61, Issue 2, pages 361–374, June 2005.



identifican con la edad se clasifican de forma peyorativa. Según esta definición, los jóvenes dejan de ver a las personas mayores como ajenas a su grupo. La idea se ilustra en la imagen de la fiesta de jubilación de un trabajador (históricamente en muchos países la edad ha sido de 60 años para las mujeres y de 65 para los hombres). Al cumplir la edad de jubilación los jóvenes dejarían de ver al jubilado como uno de los suyos. A partir de allí, empezaría el proceso discriminatorio.

Marin Calle alude al fenómeno «postmoderno» que gusta tanto de clasificar todo en “ismos”, a una nueva forma de intolerancia respecto a los más ancianos: trato de inferior calidad a los más viejos y vulnerables: “ageísmo”, nada que ver con otros modos de trato degradante (sexismo, homofobia, racismo)<sup>137</sup>. Otros términos con los que se retrata este fenómeno y que se usan como sinónimos son “ancianismo” “gerontofobia”, “viejismo”<sup>138</sup>, “etaísmo” “edaísmo” “etarismo” y “edadismo”.

El ageísmo provoca que las personas vean a los mayores de forma diferente a lo que son ellos mismos; así, sutilmente comienzan a dejar de identificar a sus mayores como iguales. Para Butler la causa del ageísmo quizás esté en la protección a los jóvenes de aquello a lo que tienen miedo: el envejecimiento, la enfermedad y la muerte”. Kelchner (1999) también concibe el “viejismo” como una forma de prejuicio<sup>139</sup>. El concepto conlleva, en palabras de Melero Marco, la creencia de que los mayores no son productivos, son enfermos, deprimidos y que el deterioro cognitivo es un acontecimiento normativo. Es decir, en términos globales, prevalece una visión negativa de las personas mayores. Dicha visión no se corresponde con la evidencia científica como comprobaremos en epígrafes posteriores.

Y este ageísmo significa rechazo, tendencia a la marginalización, temor, desagrado, negación, agresión, todas actitudes ligadas entre sí y que operan discriminando a la persona que envejece. Es un prejuicio, transmitido por la cultura y se hace ostensible con expresiones de hostilidad, antipatía e incluso odio al viejo por el

---

<sup>137</sup> MARIN CALLE, N. *Estigmas de gerontofobia: prejuicios y estereotipos que influyen negativamente en el pronóstico*. Publicación Oficial de la sociedad andaluza de Geriatria y Gerontología. II, 2004, p 3-4.

<sup>138</sup> Traducción utilizada en países de América Latina y en alguno de los textos consultados publicados en castellano.

<sup>139</sup> MELERO MARCO, J., BUZ DELGADO, J. (2002). “*Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes*”. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 9. [Fecha de publicación: 18/05/2005]. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-09.pdf>

hecho de serlo. Esta discriminación se refleja bastante bien, a la hora de catalogar los principales problemas éticos que se plantean en la práctica geriátrica.<sup>140</sup>

El ageísmo es definible como "*cualquier actitud, acción, o estructura institucional que subordine a una persona o a un grupo puramente en base a la mayor edad*". Como "ismo", el ageísmo denota un prejuicio social en contra de las personas mayores. Ahora bien, mientras la mayoría de la gente tiene un conocimiento general de la historia y del concepto del racismo o del sexismo, la comprensión del ageísmo es más bien limitada<sup>141</sup>.

Frecuentemente, el ageísmo puede pasar inadvertido ya que la gente inconscientemente, atribuye ciertas características a una persona debido a su edad. En las interacciones sociales diarias, el ageísmo pasa inadvertido. En ocasiones, son las cifras de los resultados en salud los que sacan a la luz la existencia de este ageísmo.

El "ideario" ageista está arraigado en la sociedad de forma sistémica, en las actitudes y creencias, e inhibe la objetividad de las personas. Tiene capacidad para influir en distintos niveles de interacción humana y las decisiones a nivel micro (individual / familiar), meso (organización / comunidad) o macro (gobierno / sociedad). A nivel individual, se manifiesta con pequeños comportamientos y acciones que acumulativamente tienen un impacto negativo significativo en la vida de los mayores. Estas "pequeñas decisiones" individuales y aisladas, con apariencia de intrascendentes y sin ningún efecto, pero que consideradas todas juntas llegan a menoscabar y vulnerar los derechos y la dignidad de las personas mayores. Estos estereotipos están tan integrados en el discurso común y en el contexto social que se convierten de forma tácita en aceptables y legítimos dentro de la visión particular de la realidad social<sup>142</sup>.

El ageísmo se diferencia de otras discriminaciones como el sexismo o el racismo, sobre todo por dos razones:

---

<sup>140</sup> RIBERA CASADO, JM. *op. cit.* p. 412.

<sup>141</sup> EKERDT, D. J. (EDITOR) *Encyclopedia of Aging* (Libro electrónico) Volume I. Nueva York (USA), Thomson Gale Group, 2002. Disponible en <http://www.netlibrary.com/Search/SearchResults.aspx>

<sup>142</sup> SPENCER, CH. *Ageism and the Law: Emerging concepts and practices in housing and Health Law Commission of Ontario. II. Ageism: Concepts and Theories*. Toronto (Canadá)[documento en internet] Disponible en: <http://www.lco-cdo.org/en/older-adults-lco-funded-papers-charmaine-spencer-sectionII>

- Primero, como ya hemos visto, la vejez no es un concepto estático. La clasificación de la edad de un individuo cambia durante el ciclo vital. Así, la clasificación de la edad es caracterizada por el cambio continuo, mientras que los otros sistemas de clasificación usados tradicionalmente por la sociedad tal como raza y género siguen siendo constantes.
- - En segundo lugar, todo el mundo alcanzará la vejez al menos si no muere en una edad temprana.

También se diferencia de otros prejuicios por cuestión de edad, ya que el ageísmo presenta unos rasgos distintivos:

- Incide sobre un periodo como es la vejez, que puede ser más o menos prolongado pero es irreversible, al menos de momento. Así como el joven cambia de estado con los años, esto no sucede con el anciano.
- Todo el mundo, si no se produce una muerte prematura llegará a viejo, y es posible que sufra en algún momento discriminación por ello. Con otras discriminaciones esto no sucede.
- La duración de la vejez, va en aumento producto del alargamiento de la vida por lo que la cantidad de años que se va a padecer la discriminación es posible que también vaya en aumento.
- A pesar de la investigación al respecto, no se ha conseguido movilizar una acción social clara para hacerle frente como ha ocurrido con otras discriminaciones como el sexismo o el racismo. La Comisión de Derechos Humanos de Ontario (Canadá) apunta al respeto que en la ley: *«Los casos de edad tienden a ser tratados de manera diferente a otros casos de discriminación,... La diferencia más notable desde una perspectiva de derechos humanos es la falta de un sentido de oprobio moral ligado a la discriminación por edad, que en circunstancias comparables generaría indignación si el motivo de discriminación eran, por ejemplo, raza, sexo o discapacidad».*

- Por estar presente en un momento de la vida, la vejez va a quedar condicionada por otros factores de riesgo de que opere otras discriminaciones como por razón de sexo, raza, exclusión social. Es decir, conlleva la posibilidad de presentar una discriminación combinada o múltiple (mujer y anciana, anciano y pobre, etc.) lo que repercute en aumentar sus consecuencias negativas para el individuo que lo padece.
- Un individuo puede presentar una actitud discriminatoria hacia los ancianos, es decir, puede estereotipar a la gente en base de edad. Pero también, el individuo puede ser “ageísta” con respecto a uno mismo, afectando de esta manera a su autoconcepto. Es la discriminación que se auto-infringe. Esta representación tiene un marcado carácter cultural.

La utilización de diversos términos para referirse al proceso de discriminación por razón de la mayor edad, dificulta su estudio y caracterización. En este sentido es muy ilustrativa la diferenciación de términos que realiza la Comisión Europea, en su pasada campaña informativa «Por la diversidad. Contra la discriminación» dirigida por la Dirección general de Justicia, Derechos Fundamentales y Ciudadanía. Esta campaña es una muestra del derecho antidiscriminatorio avanzado, del que es ejemplo la Directiva sobre la igualdad de trato en el empleo y la ocupación (2000/78) que protege a todos los ciudadanos de la UE contra la discriminación por motivo de edad, discapacidad, orientación sexual y religión o creencias en el lugar de trabajo.

Dicha campaña, contenía un glosario<sup>143</sup> que diferenciaba los siguientes conceptos:

- *Adultismo* es el prejuicio contra una persona o grupo por motivos de edad. Adultismo se refiere específicamente a la discriminación por edad contra los jóvenes.
- *La discriminación por edad* es un prejuicio en contra de una persona o un grupo por motivos de edad.
- *Edaísmo* es un prejuicio contra una persona o un grupo de personas por motivos de edad.

---

<sup>143</sup> <http://ec.europa.eu/justice/fdad/cms/stopdiscrimination/resources/glossary/?langid=es>

- Ephebiphobia se define como el miedo irracional a los adolescentes y los prejuicios en contra de los adolescentes.

Lo que más llama la atención de la Comisión Europea, es que distingue entre diversos tipos de discriminación etaria, utilizando la expresión “Edaísmo” y la “discriminación por razón de edad” como equivalentes.

El efecto inmediato del ageísmo es que causa la devaluación de las personas mayores como ciudadanos de pleno derecho, lo que les conduce a su invisibilidad social, a la marginación y la exclusión social. En la medida que las personas mayores no se ajustan a la norma social percibida, son minusvalorados y relegados a un status de ciudadanos de “segunda clase”.

#### **4. Terminología y figuras afines al ageísmo,**

Como ha quedado señalado anteriormente, la nomenclatura en nuestro idioma es dispar para expresar el mismo fenómeno de la discriminación por (razón de) edad. Los términos más utilizados en la bibliografía consultada son “ageísmo”, “gerontofobia”, “ancianismo” “viejismo”, “etaísmo”, “edaísmo” “etarismo” y “edadismo”. Su conceptualización se ha producido desde distintas disciplinas (sociología, psicología, gerontología, etc.) y en diferentes ámbitos y países. Es por ello que en ocasiones se han utilizado como sinónimos, por mera traducción o adaptación al castellano sin la necesaria crítica y reflexión conceptual. Pasamos a analizar cada uno de ellos.

##### **4.1. La Gerontofobia o Gerofobia.**

Aunque se utiliza para describir el mismo fenómeno y está relacionada con este prejuicio, es una actitud fóbica, es decir un síntoma que depende de desplazamientos de fuertes temores, con causas personales, por vivencias individuales, sobre los viejos. Etimológicamente significa miedo al envejecimiento o a los viejos<sup>144</sup>. La cualidad de ser un miedo irracional hace que la utilización de este término sea más adecuada para referirse a trastornos de tipo psicológico y deba por tanto, reservarse para estos casos.

---

<sup>144</sup> GONZÁLEZ A, RODRÍGUEZ L. *Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica.* GEROINFO 2006; 2(2).

Otra cosa es referirse a la *Gerontodiscriminación*. Este término tendría un sentido muy amplio aunque más apropiado que el anterior ya que implica un tratamiento de la desigualdad en la vejez y los fenómenos que la caracterizan. Sin embargo va dirigido (Geronto) a todo el proceso del envejecimiento lo que extiende su campo conceptual.

La Gerontofobia fue definida por Bunzel<sup>145</sup>, en 1972 como "miedo irrazonable" y odio irracional a las personas mayores. Moragas,<sup>146</sup> diferenciaría ancianismo como acumulación de opiniones negativas o reacciones negativas frente a la edad, de Gerontofobia, en cuanto originado por el ancianismo no combatido y que se expresaría como el odio a la ancianidad.

El informe del Defensor del Pueblo<sup>147</sup> en el año 2000, también emplea el término Gerontofobia como traducción del vocablo inglés "ageism":

*«Es probablemente en el terreno de la atención especializada donde se han producido los casos más notorios de discriminación por edad. Este fenómeno ocurre tanto dentro como fuera de nuestras fronteras y en el Reino Unido ha generado el término ageism, que podríamos traducir como «gerontofobia», del que existen múltiples formas» (Wetlw, 1987).*

De la Serna utiliza indistintamente los términos de gerontofobia y gerofobia, y señala al respecto que "hoy la civilización es gerontofóbica y teme la vejez desde la misma juventud"<sup>148</sup>.

Berger<sup>149</sup> en su enumeración de los estereotipos gerontológicos se aproxima a las tesis que hemos venido defendiendo:

---

<sup>145</sup> BALLAGH PALMORE; E. *op. cit.* p. 44

<sup>146</sup> ORTE SOCAS, C (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid, DYKINSON, 2006. p. 38.

<sup>147</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO. *La atención socio-sanitaria en España: perspectiva Gerontológica y otros Aspectos conexos*. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. Madrid, 2000. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/defensor-atencion-01.pdf>

<sup>148</sup> DE LA SERNA, I. *La vejez Desconocida. Una mirada desde la Biología a la Cultura*. Madrid, DÍAZ DE SANTOS., 2003. pp. 69-70.

<sup>149</sup> LOUSE BERGER. *Cuidados de enfermagem em gerontología*. In BERGER, L. MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 9-8-7. p. 11-19.

- La gerontofobia que se corresponde al miedo irracional de todo cuanto se relaciona con el envejecimiento o con la vejez.
- El ageísmo, relativo a todas las formas de discriminación con base a la mayor edad.
- Gerontofobia se equipara a miedo ante lo desconocido.

Para Arcuri tenemos miedo de envejecer, en primer lugar, porque a partir de ahí la vida termina.<sup>150</sup> Y tenemos miedo a envejecer porque no tendremos más espacios sociales de reconocimiento. De este modo el envejecimiento tiene varias dimensiones, derivadas del hecho de que el hombre es multidimensional (fundamentalmente individual y social).

Fobia es una palabra derivada de Fobos, en griego antiguo *Φόβος*, ‘pánico’, que era la personificación del miedo en la mitología griega, hijo de Ares y Afrodita. El concepto de fobia se describe en Psicología como un trastorno de salud emocional que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado. Esto es indicativo de una actitud negativa de carácter personal, individual, que diferencia la gerontofobia (sentimiento negativo poseído por una persona, y de carácter psico-patológico) del verdadero ageísmo (ageísmo social, de carácter socio-cultural). Es un tipo de fobia similar a la Ephebiphobia o miedo anormal o irracional y persistente temor y / o aversión a los adolescentes o la adolescencia.

#### **4.2. Edadismo, Etarismo, Edaísmo o Etaísmo.**

Otro de los términos o sinónimos que se han utilizado de la palabra ageísmo<sup>151</sup> son los vocablos edadismo, etarismo, edaísmo y etaísmo. Como se ha dicho, el actual diccionario de la Real Academia de la Lengua, no contempla ninguna de estas acepciones, al igual que tampoco la palabra Ageísmo.

<sup>150</sup> VVAA. *Velhice, Envelhecimento, Complex(idade)*. Sao Paulo (Brasil), VETOR, 2005.

<sup>151</sup> LOSADA BALTAR, A. “*Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 14. 2004. Disponible em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

Por su parte, la Fundación del Español Urgente —Fundéu BBVA—una institución sin ánimo de lucro que tiene como principal objetivo impulsar el buen uso del español en los medios de comunicación, creada en 2005, fruto de un acuerdo entre la Agencia Efe y el banco BBVA, y que trabaja asesorada por la Real Academia Española señala al respecto<sup>152</sup>:

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

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

*En cuanto a edadismo, que se forma por analogía con palabras como sexismo o racismo, lo conveniente es respetar la segunda d para mantener la referencia a la palabra edad, que se pierde en la forma edaísmo.*

*En este tipo de frases siempre se puede utilizar, en todo caso, la perífrasis discriminación por (razón de) edad».*

Hay que señalar, tomando la analogía del racismo, que la raza no puede segmentarse, al contrario de lo que ocurre con la edad. Una persona puede pasar por diferentes etapas a lo largo de su vida: infancia, juventud, adultez, vejez, etc. En cada una de estas etapas puede sufrir de estereotipificación y discriminación. Para cada etapa, los rasgos discriminatorios son distintos. Así la discriminación por (razón de) edad en jóvenes, es diferente a la discriminación en adultos mayores. Los trabajadores mayores y jóvenes son percibidos de distinta manera a través de los estereotipos. Por ejemplo, en el acceso al empleo, el estereotipo del joven es achacarle la falta de experiencia o de actitud para el trabajo. En el caso del adulto mayor, el estereotipo le atribuye debilidad, falta de fuerza, o de capacidad para adaptarse y aprender. El empleo de diferentes estereotipos, produce situaciones diferentes y diferenciables. La clasificación por edades (niñez, juventud, madurez, vejez, etc.) hace que el término Edadismo pierda especificidad. La edad no es por sí sola un rasgo definitorio ni definitivo. La palabra Edadismo, hace hincapié en la discriminación por (razón de) edad sin especificar a qué grupo de edad se refiere.

---

<sup>152</sup> Fundeu BBVA. *Edadismo, no edaísmo ni ageísmo*. [Página web] Disponible en: <http://www.fundeu.es/recomendacion/edadismo-no-edaismo-ni-ageismo/>



Sagrera<sup>153</sup> ha dedicado un interesante monográfico a describir el edadismo. La siguiente cita textual expresa su idea:

*«Con este sistema Edadista, “hoy la segregación de las edades ha reemplazado la antigua continuidad entre ellas”. Los jóvenes reniegan en parte de su juventud, en cuanto discriminada y caricaturizada, y ellos y los adultos juran que morirán antes que tolerar el convertirse en “viejos”, mientras que los ancianos, caricaturizados a su vez hasta lo irreconocible, pretenden “pasar” por jóvenes».*

Si bien consideramos que este autor describe acertadamente el fenómeno discriminatorio y en especial la discriminación de los ancianos, hay rasgos peculiares y perfectamente diferenciables entre la discriminación que padecen grupos de jóvenes y los grupos de ancianos. Aunque compartimos que el edadismo sea un referente genérico, en la medida que tanto jóvenes y ancianos aspiran a un ideal de “adulthood” al que parece que debemos subordinarnos.

Uno de los rasgos diferenciadores lo especifica Sagrera de este modo:

*« La discriminación a los “viejos” ofrece características especiales. Es éste un estadio definitivo, terminal, por lo que el viejo no puede como el joven, resignarse al edadismo con la esperanza que en pocos años terminará esa discriminación y vivirá feliz..., al menos por lo que se refiere a un vida en este mundo. Además, la cantidad de años durante los que se padece discriminación por ser viejo”, y se es consciente de ello, es mucho mayor que en el caso de la juventud, y no deja de aumentar, por el alargamiento de la vida y presión poblacional...»*

El edadismo refleja la relación de poder de los distintos grupos sociales, como nos recuerda la historia. Cada grupo, puede verse tentado a discriminar a otro grupo de edad, por ejemplo, los jóvenes contra los viejos, o viceversa, y esto es un rasgo de este tipo de discriminación.

---

<sup>153</sup> SAGRERA, M. *op. cit.* p. 15.

Estas características especiales ofrecen un buen argumento para la utilización de la palabra “ageísmo” como una categoría específica (discriminación del anciano) dentro de la categoría “Edadismo” (discriminación por la edad).

Por su parte, el término Etarismo, ha sido propuesto por Lema Añón.<sup>154</sup> Justifica el empleo de esta acepción, al referirse a “franja etaria o grupo etario” en el sentido de pertenencia o relativo a la edad de una persona. Lo que da sentido al término es precisamente pertenecer a un grupo conformado socialmente, grupo cuyas características diferenciadas vienen determinadas por la edad. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, no puede decirse que los ancianos conformen un grupo homogéneo, lo que dificulta su inclusión o pertenencia clara a un grupo.

### **4.3. Una propuesta de superación terminológica.**

Consideramos más apropiado para referirnos al fenómeno de la discriminación por razón de la mayor edad, hacerlo con el término de ageísmo.

La inexistencia, por el momento, de un término aceptado por la Real Academia de la Lengua Española que exprese un significado adecuado del concepto de discriminación por razón de edad y sus variedades, hace necesaria la propuesta de un neologismo para referirse a ello. Por su parte, el vocablo “ancianismo” es un término en desuso, según la propia RAE, que se utiliza como sinónimo de ancianidad con la acepción de último periodo de la vida. La utilización de ancianismo como nueva acepción representaría, a nuestro modo de entender, una aparente contradicción, en muchos sentidos. En primer lugar por emplear un término en desuso para expresar una nueva idea. Y se haría contra el significado original, puesto que ancianismo en el sentido de ancianidad o última etapa de la vida de una persona, representaría (o al menos debería representar) un ideal positivo.

En esta misma línea es llamativa en el Diccionario de la RAE la inclusión del adjetivo viejo: “se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años”. Esta acotación es una vuelta al criterio cronológico de la

---

<sup>154</sup> LEMA, C. *op. cit.* p. 109.

vida. Por lo que entendemos que locución “viejismo”, utilizada frecuentemente en países de América Latina, dificultaría su conceptualización.

Navarro<sup>155</sup>, autor de dos monografías especializadas en la traducción y lenguaje de términos médicos al inglés (Traducción y lenguaje en medicina y Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina) afirma al respecto del término ageísmo. *“Neologismo inglés acuñado sobre el modelo de sexism y racism para designar la discriminación por motivos de edad (frecuente, por ejemplo, en algunos modelos asistenciales modernos). En español podríamos, claro, acuñar un neologismo equivalente a partir del latín («etatismo») o el castellano («edadismo»), pero cualquiera de ellos, si no se define previamente, resulta mucho más abstruso que el inglés”*. Cualquier propuesta, cuestión que compartimos, debe ir acompañada de un riguroso trabajo de elaboración conceptual.

El término ageísmo no aparece en la jurisprudencia, excepto en un caso reciente<sup>156</sup>, en un procedimiento de responsabilidad patrimonial derivada de una actuación médica, en el que se hace una mención al informe pericial de la parte demandante, y destaca del mismo: *“sus consideraciones de que se debe evitar el AGEISMO, ósea, la discriminación en el abordaje integral en razón de la edad avanzada del sujeto”*. Lo cual da idea de que la impregnación el término puede estar en sus comienzos.

Para concluir, las razones en las que nos basamos para estimar que el vocablo “ageísmo” podría reunir de una manera más completa los significados de la circunlocución “discriminación por razón de edad (avanzada)” se enumeran en los argumentos siguientes:

1. Supone una adaptación sencilla del término originario propuesto por Butler, no existiendo en nuestro idioma un término consensuado para describirlo. Si para describir el fenómeno de la discriminación por razón de edad, como “constructo científico” hay que recurrir a un neologismo, entendemos que la similitud

---

<sup>155</sup> NAVARRO, F. *Lenguaje médico: el rayo neológico que no cesa*. Medicina Clínica. Vol. 122. Núm. 11. 27 Marzo 2004.

<sup>156</sup> SENTENCIA: 00397 /2015 del TSJ de Castilla y León de 26 de febrero de 2015.

semántica ayuda. Sobre todo, porque en términos de metodología científica, le da una continuidad al término, facilita su localización documental en distintos idiomas, y respeta la paternidad y la unidad conceptual del término. Esto último, de notable importancia cuando estamos ante un concepto (la discriminación de edad) con muchas variedades (en la infancia, en la adolescencia, en la adultez, y en el anciano). En todo caso defendemos que es la expresión que mejor representa el concepto «discriminación por razón de edad» cuando se refiere a personas mayores.

2. Frente al concepto de gerontofobia, mas entendible como una actitud individual, el ageísmo describe un fenómeno de discriminación social de personas de edad avanzada en cuanto pertenecientes a un grupo. Cabe añadir que la terminación “ismo” se convierte en una derivación más productiva que denota creencia, modo de ser o interés partidario. Por lo que reflejaría de forma más apropiada, la idea discriminatoria, al igual que, como queda dicho, ocurre con el sexismo o el racismo.
3. El Edadismo o Etarismo, debe reservarse como genérico para cualquier discriminación por edad, y dentro de ella, el ageísmo seria la específica para el proceso discriminatorio de las personas de edad avanzada. No está justificado el léxico edaísmo o etaísmo, que suprimen la “d” y la “r” de Edadismo y Etarismo respectivamente.
4. Igualmente es preferible a la acepción ancianismo o viejismo, como sinónimo de ancianidad, como último período de la vida del hombre, y como tal estaría exenta de los matices discriminatorios.
5. La variedad de acepciones (viejismo, edaísmo, etaísmo, etc.) y su utilización indistinta como sinónimos, dificulta la comprensión del ageísmo como una vulneración de los derechos humanos, cosa que no ocurre con otro tipo de discriminación étnica (racismo) o por razón de género (sexismo). Lo cual supone también una barrera para implantar medidas de acción para combatirla.

6. Un apunte en favor de la aceptación universal del vocablo ageísmo es su extensión a otros idiomas próximos como el portugués<sup>157</sup>, italiano<sup>158</sup> y el francés<sup>159</sup>.
7. La unidad terminológica a través de la indexación en bases de datos electrónicas, facilita la inclusión y recuperación de textos. Contar con un término “normalizado” incluido en un *Thesaurus*, aporta evidentes ventajas. Algunas bases bibliográficas médicas como Medline- Pubmed<sup>160</sup> o los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud<sup>161</sup> utilizan el término descrito y lo incluyen en sus *Thesaurus*. Esto reviste mucha importancia dado el avance del desarrollo documental de las bases bibliográficas electrónicas. Un descriptor por tanto, cumple con el objetivo de permitir el uso de una terminología científica común para búsqueda bibliográfica, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información, incluso independientemente del idioma.
8. La normalización de un término ayuda a dar visibilidad a un fenómeno social, por lo que al hacerlo explícito a la sociedad, se está posibilitando adoptar las medidas necesarias para combatirlo. Como señalaba la OMS en 1990, “el nombre que damos a las cosas se relaciona íntimamente con nuestro modo de afrontarlas”.

Una vez hechas las anteriores consideraciones y sintetizando las definiciones actuales, proponemos la siguiente definición de **ageísmo**: Es un tipo diferenciado de discriminación por razón de edad, causado por cualquier actitud, conducta o estructura institucional que menoscabe o impida el disfrute de los derechos de una persona o colectivo de personas, en base a una edad determinada socialmente como vejez.

---

<sup>157</sup> La Biblioteca Virtual em Saúde lo define de esta manera: “*é a postura que leva a negar tratamentos por hostilidade para com a perssoa por preconceito dado pela idade somente*”.

<sup>158</sup> Macchione se refiere a “L’ageismo, como pregiudizio nella società contro gli anziani e consiste in un atteggiamento negativo, stereotipato verso l’invecchiamento”. En MACCHIONE, C. *Abusi contro gli anziani*. RUBBETTINO. Catanzaro. Italia. 2006. Pág. 100.

<sup>159</sup> En este idioma se utiliza el término *âgisme*.

<sup>160</sup> En la base bibliográfica Pubmed, una de las bases de mayor relevancia y prestigio de la literatura médica a nivel mundial se equipara terminológicamente a Prejuicio como “*A preconceived judgment made without adequate evidence and not easily alterable by presentation of contrary evidence*”.

<sup>161</sup> <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

## **5. Un caso de especial consideración: la discriminación laboral por razón de edad.**

Otra de las dimensiones que más ha preocupado en torno a la discriminación etaria, ha sido la discriminación laboral. En los años sesenta, la legislación federal estadounidense aprueba en el año 1964 la *Civil Rights Act*, punto de inicio de sus normas antidiscriminatorias. A esa ley le seguiría pocos años después en 1967, ley contra la discriminación por edad en el empleo (*Age Discrimination in Employment Act* o ADEA, según la sigla en inglés) en los EE.UU.

Un año antes de su aprobación tenía lugar el histórico discurso de Martin Luther King (con su famoso «*I have a dream*»). La ley ADEA aprobada por Lyndon B. Johnson, se sitúa en el núcleo de la protección legal de los trabajadores mayores del país<sup>162</sup>. Dicha ley, tenía por objeto proteger a las personas de más de 40 años ante la discriminación por razones de edad en el mundo laboral y promover oportunidades para estos trabajadores. En 1975, se enmendó para incluir a los funcionarios públicos. Desde EE.UU. se extiende el interés por combatir las discriminaciones por edad a otros países: Australia, Nueva Zelanda y Canadá. Parece interesante destacar que la vigente regulación australiana, su *Age Discrimination Act* de 2004, aborda la discriminación por edad desde una perspectiva integral y no sólo dedicada al empleo<sup>163</sup>.

La discriminación por edad ha sido objeto de atención por el derecho laboral europeo. La Directiva 2000/78/CE de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, incluye la edad entre los motivos de discriminación contra los que se propone luchar<sup>164</sup>. La edad como factor de diferenciación aparece cuando se fijan edades mínimas o máximas para acceder a la formación profesional, al empleo o a ventajas vinculadas al mismo, como lo son ventajas de fomento de la contratación para trabajadores mayores de determinada edad con excesiva anticipación a las edades de

---

<sup>162</sup> MCCANN, RM. *Discriminación laboral por razones de edad*. Barcelona, Editorial UOC, 2012.

<sup>163</sup> SERRANO, N. *La edad como factor de discriminación en el empleo*. Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo (12/2011). Gestión de las relaciones laborales y fiscalidad del trabajo. 1ª ed., julio 2014. Disponible en: [https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5704/1/title\\_aranz\\_v1.2\\_%20\(3\).pdf](https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5704/1/title_aranz_v1.2_%20(3).pdf).

<sup>164</sup> GONZALEZ ORTEGA, S. *La discriminación por razón de edad*. TEMAS LABORALES. Nº 59/01. pp. 93-124.

retirada de la vida activa. Otros países europeos aprobarían leyes en esta línea<sup>165</sup>. España transpuso la Directiva 2000/78/CE, mediante la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, norma de acompañamiento a los Presupuestos Generales del Estado para 2004. Anteriormente, el art. 17 del Estatuto de los Trabajadores de 1980 impedía la discriminación por razón de edad en el empleo (si el tratamiento fuera desfavorable por ese motivo)<sup>166</sup>.

Dado el envejecimiento poblacional, existe la idea de ampliar la edad al acceso a la jubilación como medida correctora. Pese a que el terreno de la protección social queda al margen de la Directiva citada, ésta, en todo caso, pone especial énfasis en que lo referente a pensiones de jubilación e invalidez. Los regímenes profesionales de la seguridad social podrán fijar edades distintas para acceder a estas prestaciones según categorías de trabajadores. De este modo, como ya hemos adelantado, este sería un criterio diferenciador por edad cronológica. Es decir, que estableciendo la edad de jubilación como criterio inclusivo en la categoría de “viejo” estaríamos estableciendo diferencias no justificadas.

El Tribunal Constitucional español, declaró por sentencia de 2 de julio de 1981, la inconstitucionalidad de la Jubilación forzosa a los sesenta y nueve años expresada en el Estatuto de los Trabajadores, aunque se admitían dos límites: política de empleo gubernamental y pacto de jubilación forzosa por convenio colectivo.

En la misma línea, la propia Exposición de Motivos de la Ley 12/2001 señaló expresamente que *«merece destacarse, finalmente, la derogación de la disp. adic. 10ª Estatuto de los Trabajadores, que estimulaba la adopción de medidas para lograr la jubilación forzosa de los trabajadores de mayor edad y su retirada del mercado de trabajo, como instrumento de política de empleo inspirada en concepciones y apoyada en realidades demográficas y del mercado de trabajo distinta de las actuales»*.

---

<sup>165</sup> Irlanda aprobó la Employment Equality Act en 1998 norma remodelada en 2004, y el Reino Unido aprobó en 2006 the Employment Equality (Age) Regulations.

<sup>166</sup> SERRANO, N. *Ibidem*. p.6.

El Tribunal Supremo de los EE.UU. en 1986, declaró la inconstitucionalidad de la obligatoriedad de la jubilación por causa de edad, lo que tuvo efectos en otros países que se plantearon situaciones parecidas<sup>167</sup>.

Moragas señala que el derecho de la persona al trabajo, cualquiera que sea su edad, tiene antecedentes en las repetidas declaraciones de los gerontólogos, que insisten en que la edad natural no es un buen criterio objetivo y válido que delimite la capacidad vital de la persona. Con la esperanza de vida el concepto de protección social del trabajador estaría en proceso de cambio en base a la mejora de las condiciones de trabajo y del mejor estado de salud de los trabajadores. Se reconoce por tanto que las personas mayores de sesenta y cinco años pueden ser excelentes trabajadores, siempre y cuando la tarea guarde una proporcionalidad a su capacidad.

Cabe destacar que la citada Directiva 2000/78/CE del Consejo Europeo, señala que el empleo y la ocupación son dos elementos esenciales para garantizar la igualdad de oportunidades para todos y, en gran medida, contribuyen a la plena participación de los ciudadanos en la vida económica, social y cultural. Pero se observan numerosos casos de discriminación en los mercados de trabajo. El artículo 13 del Tratado, introducido por el Tratado de Ámsterdam, concede poderes específicos a la Comunidad para combatir la discriminación por motivos de sexo, origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.

Esta directiva es aplicable a los sectores público y privado. También destaca de dicha Directiva una descripción de la discriminación laboral por razón de edad:

*«La Directiva va dirigida tanto a la discriminación directa (diferencia de trato basada en una característica determinada) como a la discriminación indirecta (disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pero que pueden tener efectos desfavorables para una o varias personas determinadas o incluso producir una incitación a la discriminación). La Directiva prevé que se lleven a cabo adaptaciones razonables para garantizar el principio de igualdad de trato a las personas con discapacidad, limitándolas a los casos que no impliquen dificultades injustificadas».*

---

<sup>167</sup> MORAGAS, R. *op. cit.* pág. 30.



Queda por consiguiente claro, que la discriminación laboral por edad, se presenta a edades más tempranas de lo que podríamos entender como edad avanzada, pero en el fondo subyace una preferencia injustificada e injustificable de los más jóvenes sobre los más mayores, que afecta al empleo, y que se extiende al momento de la jubilación. De ser así la jubilación lejos de ser un derecho del trabajador, es el argumento para desprenderse de un “Trabajador presuntamente incapaz” para que sea sustituido por uno más joven. Esta idea impregna la idea de las Prejubilaciones, con lo cual, personas con condiciones físicas e intelectuales excelentes, quedan incluidos en las clases “pasivas” de jubilados.

Tanto la prejubilación como la jubilación (y con mayor razón en caso de no ser consentidas) suponen un cambio radical de status económico pero también de salud. La separación forzosa requiere un ajuste considerable del modo de vida, que es difícil de superar según las circunstancias, y puede llegar a repercutir en la salud, lo que en definitiva, agrava el problema.

El Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de pronunciarse en el tema de la discriminación por edad en el ámbito laboral: *«Por lo que se refiere en concreto a la edad como factor de discriminación, este Tribunal ha considerado que se trata de una de las condiciones o circunstancias incluidas en la fórmula abierta con la que se cierra la regla de prohibición de discriminación establecida en el art. 14 CE, con la consecuencia de someter su utilización como factor de diferenciación al canon de constitucionalidad más estricto, en aplicación del cual hemos llegado a soluciones diversas, en correspondencia con la heterogeneidad de los supuestos enjuiciados, tanto en procesos de amparo constitucional como de control de normas con rango de ley (entre otras, SSTC 190/2005, 7 de julio; 247/2005, de 7 de noviembre; 280/2006, de 9 de octubre; 341/2006, de 11 de diciembre; 63/2011, de 16 de mayo; 79/2011, de 6 de junio; 117/2011, de 4 de julio, y 161/2011, de 19 de octubre)».*

*«Esta interpretación del Tribunal se ve reforzada, de acuerdo con lo previsto en el art. 10.2 CE, por el tenor del art. 21.1 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que prohíbe expresamente toda discriminación por razón de la edad, referencia expresa que ha llevado al Tribunal de Justicia de la Unión Europea a*

*reafirmar el carácter de “principio general del Derecho de la Unión” que alcanza esta concreta prohibición (Sentencia de la Gran Sala de 19 de enero de 2010, asunto C-555/07, Küçükdeveci c. Swedex GmbH, FJ 21)...»*

*...«Una vez sentado que la edad, como factor al que alcanza la prohibición constitucional de discriminación, sólo puede fundar un tratamiento diferenciado cuando se cumplen rigurosas exigencias de justificación y proporcionalidad».*

*...«la existencia de medidas efectivas llamadas a minimizar el perjuicio ocasionado al trabajador próximo a la edad de jubilación hace que el criterio de la edad resulte en el presente caso proporcionado, lo que nos conduce a concluir que la utilización de dicho criterio no vulneró el art. 14 CE al no constituir una discriminación por razón de edad»..<sup>168</sup>*

## **6. La medicalización del envejecimiento y la cuestión social.**

El proceso de estereo-tipificación del envejecimiento se retroalimenta con el fenómeno conocido como medicalización de la vida. La crítica de la medicalización de la vida<sup>169</sup> está ligada al nombre de Ivan Illich y la de su obra «Némesis Médica», donde afirmaba: «La medicina institucionalizada amenaza la salud»; lo que era radical en 1974 es, en algún sentido, convencional hoy. Este autor, afirmaba que en cada sociedad, la medicina, al igual que la ley o la religión, define lo que es normal, propio o deseable. Hace énfasis en la autoridad de los profesionales sanitarios para establecer los límites de lo normal y catalogar como enfermedades, conductas poco convencionales dentro de la sociedad, calificándolas de desviaciones<sup>170</sup>. Illich sostenía que una prueba sencilla y evidente de la medicalización de la vida y por tanto de la dependencia de la atención médica, es la proporción creciente de los presupuestos nacionales que se gasta a instancias de los médicos<sup>171</sup>. La obsesión por la salud perfecta se ha convertido en un

---

<sup>168</sup> STC. 66/2015, de 13 de abril de 2015 (BOE núm. 122, de 22 de mayo de 2015).

<sup>169</sup> También tratada por Foucault (Historia de la medicalización de la vida) y por Petr Skrabanek (La muerte de la Medicina con rostro humano).

<sup>170</sup> CERECEDO, MJ. TOVAR, M. ROZADILLA, A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? Atención Primaria. 2013; 45 (10):536-540.

<sup>171</sup> ILLICH, I. *Némesis medica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral Editores, 1975.

factor que crea nuevas necesidades de atención. Pero cuanto mayor sea la oferta de salud, más personas dicen que tienen problemas, necesidades y enfermedades<sup>172</sup>.

La medicalización es, un fenómeno que comprende las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos sociales que intervienen en dichas prácticas, las cuales van de una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normalización<sup>173</sup>.

Según el diccionario de salud pública de Kishore, la medicalización de la vida es «*la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas*». Este concepto incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.<sup>174</sup>

La sociedad de consumo incita al consumo de bienes y servicios, prometiendo recuperar el bienestar, la energía, la memoria, detener y combatir el envejecimiento, etc. La salud es tratada como una mercancía y como tal, se convierte en un nicho de negocio que atrae a médicos y a la industria. En el caso de la vejez, el modelo biomédico dominante define el envejecimiento en términos de declive de la edad adulta, como una patología o enfermedad que debe ser tratada. Como resultado, los problemas sociales son neutralizados y los ancianos son marginados en instituciones de salud.<sup>175</sup>

La ideología de la salud y del cuerpo perfecto, contempla las enfermedades como sinónimo de fracaso personal. La palabra senil, con el significado de «mayor o envejecido», se utiliza a menudo en un sentido peyorativo para dar a entender que

---

<sup>172</sup> ILLICH I. *L'obsession de la santé parfaite*. Le Monde Diplomatique. 1999. Disponible en: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>.

<sup>173</sup> AMICO, LC. *Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad*. Revista Margen - Edición digital. N° 55 - septiembre 2009. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen55/amico.pdf>

<sup>174</sup> MÁRQUEZ, S Y MENEU, R. *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 5, número 3, Verano de 2003. p. 47.

<sup>175</sup> ORTEGA, F. *El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid, Editorial CSIC - CSIC Press, 2010. p.200

alguien está convirtiéndose en un incapacitado mental<sup>176</sup>. No es inusual que las personas que envejecen crean que, como ocurre con las máquinas, algunas partes de su cuerpo pueden deteriorarse a causa del uso o del exceso de uso. Desgraciadamente, algunos médicos refuerzan esta falsa creencia al utilizarla como atajo de la que debería ser una profunda explicación sobre la planificación del estilo de vida encaminado a la preservación de la vitalidad. A este respecto Ericsson se quejaba de la disponibilidad de más datos sobre la vejez de tipo patológico, dependiente y demente, que sobre la vejez plena, serena y vivida conscientemente.<sup>177</sup>

Los prejuicios sobre la vejez no siempre son fruto de la cultura y de creencias populares perpetuadas en el tiempo, sino que a veces se originan en el propio devenir de la ciencia<sup>178</sup>. Es paradigmático el proceso de medicalización del envejecimiento, que interviene de manera decisiva en la discriminación social de la vejez y en la consolidación de prejuicios. Esta visión muestra que la vejez es una enfermedad y todos los viejos son enfermos o discapacitados. Esto se traslada a los estereotipos de origen social, basados en pretendidas «verdades científicas», alejadas de la realidad como se demuestra con las cifras reales de hospitalización, o con la probabilidad estadística de contraer infecciones y enfermedades.<sup>179</sup>

La negación social de la vejez también afecta a los profesionales de salud como parte de una sociedad, que lo consideran en cierto modo como un fracaso.<sup>180</sup> Afirma Boitte, que en el medio hospitalario es difícil considerar el envejecimiento como si no se tratara de una enfermedad, puesto que la sociedad confía a la medicina la misión de prolongar la vida. Al contrario, la presión social sobre el hospital se legitima, a menudo, por la existencia de insuficiencias estructurales en el hacerse cargo -desde un punto de vista social- de las personas de edad mayor, consecuencia lógica de la negación: la imbricación de lo médico y lo social instaura el riesgo de volver tirantes las relaciones entre los terapeutas, la familia y la persona de edad mayor. Más aún, cuando el hospital,

---

<sup>176</sup> JOHN PATHY. *Calidad de vida y cuidado del anciano: ¿hemos avanzado en el último medio siglo?* Monografías HUMANITAS. Fundación Medicina y Humanidades médicas. Barcelona. 2003. p. 84

<sup>177</sup> MONTAÑES, J. LATORRE, JM. op. cit p. 23.

<sup>178</sup> GARCÍA GONZÁLEZ, F (Coord.). *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*. Colección Humanidades. Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha. Cuenca, 2005. Pág. 233

<sup>179</sup> GARCÍA GONZÁLEZ, F (Coord. op. cit. Pág. 234.

<sup>180</sup> BOITTE, P. *El envejecimiento: oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades*. Acta bioeth., Santiago, v. 7, n. 1, 2001. Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726569X2001000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2001000100002&lng=es&nrm=iso)>.

espacio de cuidados de salud es, además, considerado como un lugar de colocación o como el último recurso frente a una situación de precariedad social.

La medicalización del envejecimiento es una extensión del fenómeno de medicalización progresiva de la vida, al modo descrito por Illich. Este autor, utilizó el término para describir la invasión de la medicina y su aparato tecnológico a un número creciente de personas y condiciones. Son determinadas áreas de la vida individual o etapas de la misma, (niños recién nacidos, mujeres embarazadas, mujeres que están en la menopausia, personas mayores) que se van convirtiendo en el "blanco" de cuidados y estrategias intervencionistas específicas, independientemente de la existencia concreta de señales o síntomas de carácter mórbido<sup>181</sup>. Por salud entendía Illich, "adaptación", el proceso de adaptarse a crecer, a envejecer y a morir; es decir, el mecanismo más profundo de la cultura y la tradición de los pueblos. El monopolio médico había privado a las gentes de su autonomía al supervisar y cuidar de ellas desde el nacimiento hasta la muerte.<sup>182</sup> El arte de vivir y morir, de transmisión generacional, había caído en el olvido. Illich lo describe como expropiación de la salud. Y esto mismo sucederá con el envejecimiento, que deja de ser un proceso natural y se convierte en patológico. Y finalmente, en la cultura popular se exalta el valor de la juventud, lo que ayuda a magnificar el problema.

La medicalización del envejecimiento es un proceso con efectos muy poderosos debido a sus dos aspectos interrelacionados; por un lado, la interpretación social del envejecer como un problema médico y por el otro, las prácticas y políticas que se desarrollan al pensar en el envejecimiento como un problema médico. Este modelo hegemónico de la medicina para el manejo del problema del envejecimiento está sostenido por un sistema de creencias sociales. Hay una convicción muy fuerte en que el consumo de servicios y tecnología médica cada vez más costosos les puede solucionar los problemas de esta etapa de la vida. La asociación entre vejez y enfermedad está

---

<sup>181</sup> BARROS, J. *Nuevas tendencias de la medicalización*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2009. Disponible en: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>182</sup> SKRABANEK, P. *La muerte de la medicina con rostro humano*. Diaz de Santos. Madrid, 1999. Pág.3.

presente. Con este enfoque, la medicina así entendida, aspiraría a curarlo todo y la vejez es vista como un fracaso terapéutico.<sup>183</sup>

La búsqueda de una vejez libre de los achaques propios de ella o *agerasia*<sup>184</sup>, forma parte de un deseo colectivo compartido, que llevada a límites extremos presenta la exigencia del éxito terapéutico. Con lo que al final la vejez se contempla como una enfermedad a la que poner cura, negando alguno de sus rasgos distintivos.

Como afirma Salvarezza,<sup>185</sup> la gran mayoría de los profesionales de la salud participan, consciente o inconscientemente, de la conducta social ageista tan extendida y suelen estar desinformados con respecto a las necesidades, los deseos, las angustias y las expectativas de los viejos. Esta desinformación los lleva a asimilar permanentemente enfermedad con vejez, con los graves prejuicios que eso conlleva para sus pacientes. La presión de los medios de comunicación masivos y de las propias familias, hace que pase inadvertido el peligro que implica la excesiva biomedicalización del envejecimiento y arremeten con exigencias de pruebas especiales complejas (tomografías, resonancias, intervenciones exploratorias) con el consiguiente deterioro de la relación y el aumento de los gastos en salud. Estos recursos diagnósticos y terapéuticos son muy útiles, necesarios y eficientes en muchos casos, pero no en todos y para todo, como muchas familias pretenden y exigen. Una derivación de esta tendencia conduce al fenómeno conocido como “medicina defensiva”, desviación de la práctica médica sensata, inducida principalmente por la amenaza de demandas por negligencia profesional.

Otra de las consecuencias de la inexistencia de recursos de apoyo sociales adecuados es la traslación del problema al ámbito de la sanidad. Cuando lo social no da respuesta se recurre necesariamente a lo sanitario mucho más dimensionado. Señala en este sentido Victoria Camps,<sup>186</sup> que desde un punto de vista ético debe preocuparnos,

---

<sup>183</sup> Una frase muy utilizada: “Ya no hay nada que hacer”, típica coletilla con la que nos dirigimos a los familiares de un enfermo cuya muerte es ineludible. Deberíamos decir “Ya no hay nada que tratar”, porque en realidad hay mucho todavía por hacer, más aun, es cuando más podemos hacer. En MAGLIO, F. *Ética médica frente al paciente crítico* ALCMEON 17. Nº2 –1996 [http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17\\_05.htm](http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_05.htm)

<sup>184</sup> Así viene definido en MOLINER, M. *Diccionario de uso del Español Tomo I*, Edit. Gredos. S.A. Madrid. 1990. p. 84.

<sup>185</sup> SALVAREZA, L. op. cit. pp 43-44

<sup>186</sup> CAMPS, V. *La vejez como oportunidad*. Monografías HUMANITAS. Fundación Medicina y Humanidades médicas. Barcelona. 2003. p. 99.

por supuesto, esa inatención y despreocupación de las políticas y administraciones públicas por la suerte y la calidad de vida de nuestros mayores.

Pero lo que hay que hacer para cambiar la situación tiene muchos frentes, comenzando por la asistencia social y sanitaria y acabando por la educación. La cuestión social, por tanto, se revela como una pieza clave, que trataremos más adelante al hablar de Dependencia. Cuando el titular del derecho, es una persona en situación de dependencia confinada a un escaso espacio del que no es capaz de salir, se encuentra al cuidado de un familiar o de un tercero que no tiene vocación ni voluntad de ser en verdad cuidador, no cuenta con recursos propios o con la posibilidad de administrarlos, no tiene siquiera fuerzas para irse, para defenderse, para llamar a nadie, estamos ante una situación de vulnerabilidad. Más aún, el paciente anciano, frente a la atención básica de su salud, no tiene ni siquiera la posibilidad de llevar adelante de modo individual y personal la relación médico- paciente, a veces por razones tan simples como no oír bien las indicaciones del médico o no tener la posibilidad de asistir por sí mismo a su consulta. Ello deriva en que respecto del anciano opera la *representación o la guarda no declarada* y sin un verdadero fundamento de incompetencia, el médico tratante se dirige a la familia y no a él como titular del derecho. Muchas veces se le extienden recetas placebo, se considera a priori que exagera, que inventa, que no recuerda y sus caídas, sus golpes y sus lesiones son rara vez investigados. Incluso en la situación extrema, en muchos centros hospitalarios se niegan a recibirlo cuando sus dolencias se vuelven crónicas.

**CAPITULO 3: LA PROTECCION JURIDICA DE LAS**  
**PERSONAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DE**  
**LOS DERECHOS HUMANOS**





## **CAPITULO 3: LA PROTECCION JURIDICA DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

(Parte de este capítulo ha sido publicado en la Revista de Derecho de la UNED, 2º semestre de 2015)

**Sumario.** 1. Introducción: Envejecimiento y discriminación por edad. 2. La cuestión de la terminología. Comentario del Art. 50 de la Constitución Española. 3. Las persona mayores como sujetos de derechos y como grupo vulnerable. 4. Principales instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos de las personas mayores. 5. La protección de los derechos humanos de las personas mayores.

### **1. Introducción: Envejecimiento y discriminación por edad.**

El fenómeno del envejecimiento ha irrumpido con fuerza, en el panorama contemporáneo nacional e internacional, a modo de oleada demográfica. La estructura por edades de la población española, en los últimos decenios registra una tendencia creciente del número absoluto de personas mayores así como de su peso relativo sobre el total de la población. La tradicional imagen de la pirámide poblacional progresiva, de base ancha y cima pequeña propia de países con gran crecimiento demográfico está cambiando a una figura de pirámide regresiva, de base más estrecha que el centro y cima relativamente ancha, ilustrativa del envejecimiento poblacional. Este fenómeno obedece a que el grupo de personas de edad avanzada han experimentado un mayor crecimiento que el resto de la población, debido al aumento de la esperanza de vida, junto con un descenso de la natalidad y de la tasa de reemplazo. La actual situación de la vejez conlleva cambios importantes en las estructuras por edades, que tendrán repercusiones a distintos niveles y ámbitos, familiar, social, jurídico, económico e incluso geográfico.

La población mundial está envejeciendo rápidamente según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11% al 22%. A su vez, el número de personas de 80 años o más se cuadruplicará entre 2000 y 2050. En España la esperanza de vida ha pasado de 35 años a inicio del siglo XX a ser de 80 y 85,6 años para hombres y mujeres respectivamente en el año 2014<sup>187</sup>. La proporción de personas mayores de 64 años, ha pasado de un 11,18 % en 1980 a un 18,11% en 2014. El índice de Envejecimiento<sup>188</sup> que en 1980 era de un 40% en 2014 ha pasado a ser de un 112,23%. El número de centenarios fallecidos en 2014 en España fue de 4277, frente a 1545 en el año 2000, o los 486 fallecidos en 1980. Estos datos corroboran lo dicho sobre el envejecimiento poblacional y que la longevidad está aumentando también progresivamente<sup>189</sup>. La previsión es que siga aumentando, es decir, tendremos más personas mayores que vivirán más años. Esto tendrá un impacto en la sociedad en general y sobretodo en el Sistema de Salud y en el de Dependencia. El aumento de la esperanza de vida es un éxito pero también plantea toda una serie de retos.

Las personas mayores gozan jurídicamente de los mismos derechos, libertades y deberes civiles y políticos constitucionales que los demás ciudadanos, ya que únicamente se les podrá privar de los mismos en los casos de incapacitación, a través de una sentencia judicial y en los términos y extensión que la misma establezca<sup>190</sup>. Sin embargo, en la práctica la vulnerabilidad del anciano dificulta el ejercicio real de dichos derechos, como ponen de manifiesto diversos estudios e informes sobre los casos de violencia contra las personas mayores, discriminación por edad, abusos o extorsiones a que se ven sometidos<sup>191</sup>. La dimensión de la discriminación por edad recién se empieza

---

<sup>187</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Pág. Web: <http://www.ine.es/>

<sup>188</sup> El *índice de envejecimiento*, es el número de personas mayores por cada cien personas jóvenes, indica que mientras que en 1900 existían 15 personas mayores (65 o más años) por cada cien jóvenes (menores de 15) son más de 112 las existentes en el Censo de 2014 por cada cien jóvenes y a este valor se ha llegado a través de un proceso de crecimiento continuo de este indicador con especial aceleración en las últimas décadas

<sup>189</sup> Sirva una cifra llamativa, la de centenarios que fallecieron durante el año 2014: Total: 100 años: 1.577; 101 años: 1.035; 102 años: 694; 103 años:429; 104 años: 246; 105 años: 137; 106 años: 75; 107 años: 41; 108 años: 21; 109 años: 9; 110 y más años:13 (Datos provisionales correspondientes a 2014. Fuente: INE). En el caso de los 13 fallecidos mayores de 110 años, todas eran mujeres.

<sup>190</sup> En España, el artículo 12 de la Constitución y el 315 del Código Civil fijan la mayoría de edad a partir de los 18 años, momento en el que el sujeto tiene la plena capacidad de obrar.

<sup>191</sup> Es el caso del maltrato a ancianos, como clase de discriminación y que afecta a la salud de los ancianos los estudios de prevalencia estiman entre un 0,9% y 12% en el ámbito familiar.

a vislumbrar, reconociéndose sus dramáticas consecuencias para los individuos, las familias y la sociedad en general. Es frecuente ver, en este sentido, el envejecimiento como un problema cuando en sí mismo es un logro. Como señala acertadamente Blázquez, se convierte en un problema cuando se acompaña de pobreza, discapacidad, enfermedad y aislamiento social<sup>192</sup>.

La promoción de un envejecimiento activo<sup>193</sup> y saludable, libre de discriminación, se ha instalado en las agendas políticas recientemente. En 1995, el Comité para la Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general 6 reconocía como cuestión importante, determinar si la discriminación por razón de edad estaba prohibida por el Pacto, ya que ni el Pacto ni la Declaración Universal de Derechos Humanos hacían referencia de forma explícita a la edad como uno de los factores prohibidos<sup>194</sup>. El Comité concluyó que lejos de ser una exclusión intencional, la omisión se explicaba por el hecho de que cuando se adoptaron estos instrumentos, el problema del Envejecimiento no era tan evidente como lo es en la actualidad. Desde entonces han sido numerosas las alusiones en los instrumentos internacionales de derechos humanos a la prohibición de este tipo de discriminación.

La decisión del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de septiembre de 2011<sup>195</sup>, por la que se proclamó el 2012, “*Año Europeo del Envejecimiento activo y de la Solidaridad Intergeneracional*”, señalaba que uno de sus objetivos consistirán en «promover actividades que sirvan para luchar contra la discriminación por razón de edad, superar los estereotipos relacionados con la edad y eliminar barreras...».

---

<sup>192</sup> BLÁZQUEZ, Diego. *Los derechos de las Personas Mayores. Perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas*. Madrid, Dykinson, 2006. pág. 18.

<sup>193</sup> La OMS define el *envejecimiento activo* como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda su vida y que participen en la sociedad, a la vez que se les proporciona una protección, una seguridad y unos cuidados adecuados cuando lo necesiten.

<sup>194</sup> La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en la que se proscribe la discriminación en su acceso a la seguridad social en caso de vejez está considerado como el primer convenio de las Naciones Unidas sobre derechos humanos en el que se prohibió explícitamente la edad como un motivo de discriminación.

<sup>195</sup> Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 14/09/2011 sobre el *Año Europeo del Envejecimiento activo y de la Solidaridad Intergeneracional* (2012). Diario Oficial de la Unión Europea de 23/09/2011.

La discriminación por edad produce la invisibilidad de las personas mayores, la marginación y la exclusión social. Esto se debe a que el “estándar de normalidad o dominante” se construye por personas que son jóvenes, independientes, insertos en el mercado laboral y que son considerados como el grupo más valorado. En la medida en que las personas mayores no se ajustan a la norma social percibida, se les minusvalora y son relegados a un estatus de segunda clase; sus necesidades y sus vidas son tratadas como si ellos no importasen tanto. La situación descrita produce grandes impedimentos para el disfrute de los derechos humanos por parte de las personas mayores.

El principio de no discriminación por la edad ha sido expresamente reconocido<sup>196</sup> en una serie de instrumentos de derechos humanos, tanto de carácter universal como regional<sup>197</sup>, así como en la legislación nacional de algunos países. Los principios de no discriminación y la igualdad son componentes esenciales de las normas internacionales de derechos humanos y son fundamentales para el goce y el ejercicio de todos los derechos humanos de las personas mayores. El Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (GTPDHPM), dependiente de la Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos del Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos (OEA) define “Discriminación por edad en la vejez”: *Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad, que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada*”.<sup>198</sup>

Uno de los mayores desafíos en el área del envejecimiento es, por tanto, la creación de un marco jurídico que tenga en cuenta las circunstancias y las características de las personas mayores y sea eficaz en la lucha contra la discriminación por edad. Es esencial realizar ese enfoque desde los derechos humanos, aplicando el principio de

---

<sup>196</sup> El Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, en el caso Mangold contra Helm en su cuestión prejudicial sobre la interpretación de la Directiva 2000/78/CE del Consejo en lo que respecta a la discriminación por razón de edad declaró: “*el principio de no discriminación por razón de la edad debe ser considerado un principio general del Derecho comunitario*”.

<sup>197</sup> Por ejemplo, en la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (Naciones Unidas, 1985), en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para las sanciones no privativas de la libertad o Reglas de Tokio (Naciones Unidas, 1990), en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y en la recientemente adoptada Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (Naciones Unidas, 2007). También se recoge en la legislación de algunos países, como el caso de Australia: *The Age Discrimination Act 2004* y en la provincia de Ontario, Canadá: *The Ontario Human Rights Code*.

<sup>198</sup> Pág web: <http://www.oas.org/consejo/sp/cajp/Personas%20Mayores.asp>.

igualdad material, para que las personas mayores disfruten de los mismos derechos que el resto de la población.

## **2. La cuestión de la terminología. Comentario del art. 50 de la Constitución Española.**

La terminología empleada para designar a las personas de edad es muy variada y heterogénea. Según el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales<sup>199</sup>, en los documentos internacionales se opta por los términos: personas mayores, personas de edad avanzada<sup>200</sup>, personas de más edad, tercera edad, ancianos y cuarta edad para los mayores de 80 años. Ese Comité opta por utilizar el vocablo «personas mayores», utilizado en resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. (*olders persons* en inglés y *personnes âgées*, en francés), término que englobaría a las personas de más de 60 años. En el servicio estadístico Eurostat, de la Unión Europea, se consideran mayores las de 65 o más años.

Por consiguiente, puede decirse que la terminología empleada no es unitaria. El empleo de palabras como “viejo” o “anciano” arrastran una connotación peyorativa en la sociedad actual, mientras que su reemplazo por términos como “senil”, “jubilado”, “retirado” “senectud”, “clase pasiva”, “edad madura” o “geronte”<sup>201</sup>, representan una imagen de la ancianidad desvalorizada, de fragilidad e incapacidad<sup>202</sup>. Otras expresiones como “personas de edad avanzada” se han empleado en instrumentos de las Naciones Unidas<sup>203</sup>. Los vocablos utilizados no son categorías inocentes,<sup>204</sup> sino recursos que toda sociedad utiliza para ordenar significativamente a sus miembros. La nueva terminología

---

<sup>199</sup> *Observación 6 de 1995 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad.*

<sup>200</sup> Por ejemplo, se utiliza esta expresión en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad de 1991.

<sup>201</sup> “*Geronte*” era la palabra utilizada por los antiguos griegos para referirse a la persona vieja ridícula con disminuciones cognitivas mientras que el “*presbyte*” se reservaba para indicar persona vieja y sabia rica en experiencia y sabiduría”. Law Commission of Ontario. Ageism: Concepts and Theories. Página web: <http://www.lco-cdo.org/en/older-adults-lco-funded-papers-charmaine-spencer-sectionII>

<sup>202</sup> GROSAN, Cecilia y HERRERA, María. *Una intersección compleja: Ancianidad, abuelidad y Derecho de Familia*. En Oñati Socio-Legal Series, v. 1, n. 8 (2011) – Ancianidad, derechos humanos y calidad de vida.

<sup>203</sup> Por ejemplo, en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad de 1991.

<sup>204</sup> Los analistas del lenguaje distinguen el estudio de las relaciones de las palabras entre sí (sintáctica), del de las palabras con los objetos que designan (semántica), y del de la conducta de los sujetos que las emplean o se ven influidos por ellas (pragmática) PÉREZ LUÑO, Antonio E. *Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitución*. Madrid, Tecnos, 1995. p.27.

internacional de los derechos humanos procura apartar las connotaciones despectivas, de inferioridad, de ineptitud, de dependencia y paternalistas a favor de una concepción más respetuosa de la autonomía individual y de la diversidad.<sup>205</sup>

Los modelos que identifican las personas mayores con una imagen negativa, se han basado, generalmente, en explicaciones biomédicas y sociales obsoletas. Es a partir de 1980, mediado el empuje de las Naciones Unidas, cuando el análisis de los problemas de las personas se edad se contextualiza. Evidencia de ello es que la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de 1982, cambió su nombre —antes se denominaba Asamblea Mundial sobre las personas de edad— «en vista de las interrelaciones existentes entre las cuestiones relativas al envejecimiento de los individuos y el envejecimiento de las poblaciones».<sup>206</sup>

La CE<sup>207</sup> consagra el término “tercera edad”, lo que seguramente haya contribuido a generalizar su uso. Aunque, siguiendo en este punto a Zurita<sup>208</sup>, no puede decirse que este término de “tercera edad” comprenda un sector poblacional perfectamente delimitado, pues no hay una definición en nuestro ordenamiento para este término e incluso existe cierta resistencia a su aprehensión en el terreno jurídico<sup>209</sup>. Hablar de una tercera edad presupone dar por hecho la existencia de una primera y segunda edad, para los que nuestro ordenamiento tampoco ofrece criterios objetivos en que basarse para encuadrar una edad u otra<sup>210</sup>. Y la dificultad se multiplica con la

---

<sup>205</sup> En este sentido la elección de un término por parte de un grupo para representarse a sí mismo tiene un poder político para reivindicar la presencia y el valor de ese grupo. En ISLAS, Héctor. *Lenguaje y discriminación*. México, Consejo Nacional para prevenir la Discriminación, 2005.

<sup>206</sup> HUENCHUAN, Sandra. *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Módulo Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) -División de Población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2011.

<sup>207</sup> Así el Artículo 50 de la Constitución establece que:” *Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio*”.

<sup>208</sup> ZURITA MARTIN, I. *Protección civil de la ancianidad*. Madrid, Editorial Dykinson, 2004: pág.16.

<sup>209</sup> AZNAR LOPEZ, Manuel. *Las personas mayores en la Constitución Española. Comentario al art. 50*. En MARTINEZ MAROTO, Antonio. *Gerontología y Derecho*. Madrid, Edita Panamericana de la Salud, 2001.

<sup>210</sup> Ejemplos de criterios objetivos se encuentran en el art. 30 del Código civil, “*la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida...*” y del Artículo 32 “*La personalidad civil se extingue por la muerte de las personas*”. El criterio del nacimiento marca el inicio de la primera etapa de vida mientras que el criterio de la muerte señala el fin de otra etapa. Fuera de esos dos apuntes mencionados es difícil encontrar otros criterios que acoten una primera, segunda, tercera y hasta cuarta edad.

aparición de otro neologismo como la cuarta edad. Queda la duda, pues, de a partir de qué edad puede una considerarse que una persona ha alcanzado ese estadio de la vida.

El artículo 50 CE es el único de todos los artículos que componen nuestra norma suprema que menciona de forma expresa la “tercera edad”<sup>211</sup>. Ciertamente las personas mayores son titulares de los derechos contemplados en la parte dogmática de la Constitución, sin que por su condición tenga influencia en la titularidad de sus derechos. Es preciso reiterar que a diferencia de lo que ocurre con otros grupos vulnerables como la infancia o los trabajadores inmigrantes, en la actualidad no existe una norma de carácter internacional vinculante para el Estado español, que recoja un catálogo de derechos de las personas mayores, por su condición de grupo<sup>212</sup>. Si bien la inexistencia de dicha norma internacional no implica la desprotección de las personas mayores en nuestro país. Existen tratados vinculantes suscritos por España en materia de protección de los derechos humanos<sup>213</sup> y otros que atienden a la problemática de la protección social de la tercera edad<sup>214</sup>. En todo caso, se constata la falta de un tratado internacional que se preocupe expresamente de la eliminación de toda forma de discriminación por razón de la edad.<sup>215</sup>

El art. 50<sup>216</sup> CE se integra dentro del Capítulo III ("De los principios rectores de la política social y económica") del Título I de la Constitución. Al respecto, dispone el artículo 53.3 de la CE que el reconocimiento, el respeto y la protección de los principios

---

<sup>211</sup> Sirva como dato anecdótico, que el texto Constitucional no nombra en ninguna sola ocasión la palabra vejez, viejo o anciano, ni persona mayor. Las únicas referencias a la edad lo son en relación a la mayoría de edad. Lo que apunta por parte de los constituyentes, la consideración de la tercera edad como una situación a la que llega el individuo y no tanto como un grupo vulnerable digno de protección.

<sup>212</sup> PANEQUE SOSA, Miguel. *La protección de los derechos de las personas mayores en España por los defensores del pueblo*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 79. 2008

<sup>213</sup> Un ejemplo de ello lo tenemos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966, o el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

<sup>214</sup> Son significativos la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961, el Código Europeo de Seguridad Social (Estrasburgo, 16 de abril de 1964, ratificado por España el 4 de febrero de 1994), así como el Convenio nº 128, de 29 de junio de 1967, de la Organización Internacional del Trabajo relativo a las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes.

<sup>215</sup> El art. 14 de la CE, no incluye la edad como factor expreso de discriminación, por lo que esta se entiende incluida en cualquier otra condición o circunstancia personal: “*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*”.

<sup>216</sup> Este artículo está relacionado con el art. 25 de la DUDH de 1948: “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad*”



reconocidos en el mencionado capítulo informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. A tenor de la dicción literal del artículo los destinatarios del mandato recogido en el mismo son los poderes públicos mientras que los beneficiarios serían los ciudadanos durante la tercera edad.

Este mandato de protección que impone el art. 50 CE a los poderes públicos se articula a través de dos vías: primera, la garantía de suficiencia económica; segunda, la promoción del bienestar social, a través de las prestaciones sociales derivadas de los programas sectoriales específicos. El logro de la suficiencia económica, se obtendrá a través de prestaciones monetarias de carácter periódico y vitalicio ("pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas") mientras que la promoción del bienestar social, se procurará a través de prestaciones técnicas. La legislación aplicable de la Seguridad Social distingue dos regímenes: pensiones de jubilación en su modalidad contributiva y las pensiones de jubilación no contributiva. La modalidad contributiva está definida en torno a un criterio profesional (trabajadores y dentro de esta categoría, trabajadores por cuenta ajena, trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos, etc.). La ley<sup>217</sup> establece la edad de jubilación, que fija en 65 años, edad que puede anticiparse o atrasarse en determinadas circunstancias<sup>218</sup>. En materia de pensiones no contributivas, se establecen para las personas mayores de 65 años que carezcan de renta o ingresos suficientes.

Así pues, el ámbito subjetivo de protección que engloba el art- 50 CE, se refiere a los ciudadanos, no solo a aquellos que han pertenecido a la población activa y reúnen una serie de condiciones para el disfrute de la prestación. De modo que el campo de aplicación de las prestaciones se delimita con la nota de la universalidad. Del art. 50 CE

---

<sup>217</sup> Ley General de la Seguridad Social art. 161.1.

<sup>218</sup> *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo*. Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011. La Comisión considera la prolongación de la vida laboral de los ciudadanos como un objetivo necesario y deseable; en este sentido, dado que el objetivo que se persigue es el de aumentar la edad real en la que los trabajadores abandonan el mercado de trabajo y teniendo en cuenta la evolución de la expectativa de vida después de los 65 años, la Comisión estima que es amplio el conjunto de medidas que se podrían adoptar para incrementar la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones. La Comisión entiende que es oportuna la modificación del régimen jurídico de la jubilación para conceder mayor relevancia a la carrera de cotización del trabajador, en orden a delimitar la cuantía de su pensión, favoreciendo así la aproximación de la edad real a la edad legal de acceso a ella. Cualquier modificación de la edad legal de jubilación deberá ser progresiva, sin que ello afecte a quienes vayan a jubilarse en el futuro inmediato, y no debería de realizarse de manera homogénea y forzosa para el conjunto de las personas.

parece inferirse<sup>219</sup> que la tercera edad está relacionada con el cobro de prestaciones económicas (pensiones) de lo que se colige una correspondencia de la tercera edad con la edad de jubilación, quedando a expensas que esta se determine por la legislación ordinaria. Se tiende a asumir en los países occidentales, cierta correspondencia entre senescencia y edad de jubilación, que se sitúa entre los 60 y 65 años. Aunque la tendencia actual es hacia el aumento de la edad de jubilación, dado el envejecimiento demográfico experimentado. En cambio, en los países en desarrollo, donde la jubilación puede ser inexistente, este sistema basado en la edad de jubilación no tiene mucho significado, siendo más importantes las distintas funciones que se asignan a cada etapa de la vida. En este caso, se considera que la vejez es el período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar las funciones familiares o laborales que les corresponden.

La ausencia de una terminología común dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países. Es precisamente uno de los retos en la articulación de los derechos de las personas de edad es la definición del término mismo “personas de edad” como un grupo de población distinto. Téngase presente que la vejez es ante todo una construcción social. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como el «*proceso de cambios progresivos en las estructuras biológica, psicológica y social de las personas*». La marginación y la discriminación en todos los ámbitos de la sociedad pueden hacer de las personas de edad un grupo reducido con necesidades específicas de protección, independientemente de cómo se definan sus derechos<sup>220</sup>.

Para Blázquez<sup>221</sup>, opinión que compartimos, el vocablo “personas mayores” es una expresión imperfecta, ya que le falta una parte de la realidad que pretende describir. Lo más acertado sería referirse a personas muy mayores o más mayores, de edad avanzada. Se pretende significar que se trata de personas tan mayores que requieren un estatus diferente, es decir, son mayores para esta sociedad que exige una edad menor a la que tienen. Las personas consideradas “ancianas” protagonizan una gran diversidad

---

<sup>219</sup> En el anteproyecto de Constitución se aludía precisamente a “los ciudadanos que alcancen la edad de jubilación”.

<sup>220</sup> Perspectiva de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos Presentado en la sesión del 8 de noviembre de 2013.

<sup>221</sup> BLAZQUEZ, Diego. *op. cit.* pág.17

de condiciones y reciben un trato claramente diferenciado en función de factores económicos, sociales, políticos y culturales de todo tipo. Por ello hay que partir de dos planteamientos: de la condición artificial, arbitraria, cambiante de la vejez por un lado y la de su naturaleza plural. Entre los especialistas en gerontología cada vez más se destaca la idea de la ancianidad como grupo diverso y heterogéneo. En este sentido la llamada “cuarta edad” asignada para el grupo de edad de mayores de 80 años, presentan características, necesidades y problemáticas diferentes (feminización, empobrecimiento, mayor dependencia, etc.).<sup>222</sup>

En todo caso, a la hora de referirnos al sujeto de nuestro estudio (y no al objeto) y en ausencia de una terminología más apropiada, optamos en lo que sigue por la expresión personas mayores, contextualizando el envejecimiento de la población como uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los mayores desafíos.

### **3. Las persona mayores como sujetos de derechos y como grupo vulnerable.**

Apuntada la dificultad de establecer unos criterios objetivos para definir al “anciano” la siguiente cuestión a responder sería: ¿que hace a las personas mayores diferentes de otros grupos y por tanto merecedoras de una consideración especial en referencia a los derechos humanos?

John Williams<sup>223</sup>, en su trabajo titulado “*An international convention on the rights of older persons*” profundizó en las diferencias entre las personas mayores y la infancia. Ambos grupos tendrían un rasgo común, en cuanto a la restricción de su autonomía, entendida como capacidad para decidir por sí mismos. Ahora bien, mientras que en la infancia, en interés del menor, lo que se busca es que desarrollen la capacidad de ser autónomos, en las personas mayores el derecho a la autonomía se da por supuesto. El anciano disfruta de la presunción legal de plena capacidad, siendo

---

<sup>222</sup> SANCHEZ, Pedro. *Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los Hogares*. Reis. 73/96 pp. 57-79. Disponible en: [http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_073\\_06.pdf](http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_073_06.pdf)

<sup>223</sup> Citado por: HUENCHUAN, Sandra. *Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento*. En HUENCHUAN, Sandra (Editora). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. Naciones Unidas. CEPAL. México: 2012. Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico\\_completo.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico_completo.pdf)

necesario destruirla mediante expediente de incapacidad (presunción *iuris tantum*). Los menores de edad (salvo las excepciones previstas en la ley) son incapaces, sin posibilidad de prueba en contrario, para administrar sus derechos y patrimonio. Gozan por tanto de una presunción *iuris et de iure* a favor del menor, que le otorgan plenos derechos y lo hacen merecedor de una plena protección pública<sup>224</sup>.

Sucede que las personas mayores a medida que envejecen van siendo discriminadas y despojadas progresivamente de la posibilidad de decidir por sí mismas, convirtiéndose finalmente en dependientes. El estereotipo del sujeto anciano tiene, por lo general, una connotación negativa, tanto dentro de la sociedad occidental en general, como dentro del mismo grupo de personas mayores. En la restricción de la autonomía interviene la percepción externa (social y familiar), que acaba presionando en la autopercepción del anciano y conduce en definitiva, a una claudicación en la toma de decisiones<sup>225</sup>.

Traxler<sup>226</sup> define a las personas mayores como un grupo subordinado a causa de su edad, que ve conculcados sus derechos por la percepción estereotipada y negativa que se tiene de la vejez. En efecto, la discriminación por edad se construye sobre estereotipos sociales. Unas veces consiste en otorgar unas características generales a un grupo o bien trasladar las generalizaciones de un grupo al individuo. Sin embargo, tal como se ha dicho, las personas mayores no son un grupo homogéneo. Las mujeres y los hombres mayores envejecen de manera diferente y la discriminación que experimentan a menudo es multidimensional (discriminación múltiple), basada no sólo en edad sino en otros factores, como los niveles de alfabetización, el género, el origen étnico, el lugar donde viven, la discapacidad, la pobreza, entre otros.

Otra diferenciación de los grupos de edad con otros grupos específicos objeto de protección con los que guardan cierto paralelismo, se produce con las personas con discapacidad. La discapacidad y la edad avanzada son categorías conceptuales

---

<sup>224</sup> JIMENEZ, P. JIMENEZ-POYATO, I. *Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores*. Revista Española de Geriátría y Gerontología Vol. 38. Núm. 01. Enero 2003. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-algunos-aspectos-legales-sobre-el-13045776>.

<sup>225</sup> Ocurre a menudo que son los propios mayores quienes se auto-discriminan. A este fenómeno se le conoce como “la profecía auto-cumplida” en alusión a un relato corto del premio nobel Gabriel García Márquez

<sup>226</sup> HUENCHUAN, Sandra, *op. cit.* p. 25.

diferenciadas. Conforme a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas de 2006<sup>227</sup> «*las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*» (art. 1.2).

Es evidente que no todas las personas de edad sufren formas de discapacidad amparadas por la Convención. Además, las personas mayores experimentan formas de discriminación, violaciones específicas de sus derechos humanos y barreras de índole jurídica o institucional que difieren en términos sustantivos de las necesidades propias de las personas con discapacidad, y que por ende justifican la adopción de medidas legislativas o administrativas específicas<sup>228</sup>. La edad puede ser un factor de incidencia en el desarrollo de discapacidades (de orden físico o mental), pero no es el único. De hecho, la discapacidad puede llegar a afectar a gente joven.

De lo anterior cabe derivar una serie de consecuencias de índole práctica. En la medida en que una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad debe concebirse como una contribución a un conjunto de normas de derechos humanos ya existente, su diseño debe observar los principios de especificidad y complementariedad, evitando la repetición de contenidos ya incluidos en otros instrumentos, lo que incluye la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Por otro lado, los últimos cincuenta años se han caracterizado, desde la perspectiva de las declaraciones y reconocimientos de los Derechos Humanos, por la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales. Conocidos como derechos de segunda y tercera generación, se han entendido como derechos colectivos, al estar atribuidos a ciertos grupos o colectivos diferenciados, especialmente vulnerables, como la infancia, la juventud o las mujeres. Su carácter colectivo los diferencia de los derechos civiles y políticos o derechos de primera generación, que

---

<sup>227</sup> La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad es un tratado internacional aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 13 de diciembre de 2006, y se abrió a la firma el 30 de marzo de 2007.

<sup>228</sup> RODRIGUEZ-PIÑERO, L. *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2010.

serían derechos propiamente individuales. En el caso de las personas mayores, la alusión debe hacerse a **derechos específicos de grupo** entendiendo como tales aquellos cuya titularidad reside en el individuo en función de la pertenencia a un determinado grupo. Esto los distingue de los derechos colectivos, expresión que se ha hecho habitual, y que da a entender que la titularidad recae en el colectivo<sup>229</sup>. En un uso riguroso del lenguaje como afirma Pérez Luño, esto es un sinsentido, ya que los entes colectivos pueden ser sujetos titulares de derechos de cualquier tipo, pero nunca de derechos humanos<sup>230</sup>.

En la Evolución histórica de los derechos humanos, se produce un último proceso de expansión, tanto en relación a los titulares como en su contenido, fenómeno que algunos autores como Bobbio<sup>231</sup> han descrito como «*especificación*» o Peces-Barba «*proceso de concreción*».<sup>232</sup> Para Bobbio, es un proceso gradual, hacia una ulterior determinación de los sujetos titulares de los derechos. La especificación parte de la idea, en palabras de Vicente, «*de que algunas situaciones de las personas titulares de derechos exigen un tratamiento especial para resolver la desigualdad de hecho que les impide el ejercicio de tales derechos*».<sup>233</sup> Con la especificación se produce el paso de los derechos genéricos, referidos a la generalidad de los hombres, a los derechos específicos, aquéllos que tienen en cuenta el hombre en un contexto concreto y con un status específico. Esta contextualización hace que el sujeto sea considerado en su especificidad en cuanto perteneciente a un grupo. La especificación se ha producido en el tiempo respecto al género (reconocimiento de diferencias específicas de la mujer respecto al hombre), bien respecto a la edad (derechos de la infancia, de la ancianidad), bien respecto a ciertas circunstancias (derechos de las personas con discapacidad)<sup>234</sup>.

---

<sup>229</sup> JAUREGUI, Gurutz. *Derechos Individuales versus derechos colectivos. Una realidad inescindible*. En ANSUATEGUI ROIG, Francisco Javier (Ed.). *Una discusión sobre derechos colectivos*. Madrid, Editorial Dykinson, 2002. pág. 57. Este autor distingue entre: derechos **individuales** (titularidad individual), derechos **específicos de grupo** (titularidad individual en tanto perteneciente a un grupo), derechos **de grupo** (titularidad individual pero necesitan ser ejercidos en grupo, como es el derecho de huelga, de reunión, etc.), y los derechos **colectivos** (titularidad recae en el colectivo). Ejemplos de estos últimos en nuestro texto constitucional, los derechos de los partidos políticos (art. 6) sindicatos (art.7) etc.

<sup>230</sup> PEREZ LUÑO, Antonio E. *Diez tesis sobre la titularidad de los derechos humanos*. En ANSUATEGUI ROIG, Francisco Javier (Ed.). op. cit. p. 266.

<sup>231</sup> BOBBIO, Norberto. *El tiempo de los derechos*. Madrid, Editorial Sistema, 1991. p. 103.

<sup>232</sup> VICENTE, Teresa. *La exigibilidad de los derechos sociales*. Valencia, Universitat de València, 2006. p. 43.

<sup>233</sup> VICENTE, Teresa. *Ibidem*, p. 44.

<sup>234</sup> TRINIDAD, Pilar. *La evolución en la protección de la vulnerabilidad por el derecho internacional de los derechos humanos*. Revista Española de Relaciones Internacionales. Núm. 4.

Una nota diferenciadora, además de la indudable asignación a un grupo, es encontrarse en situación de vulnerabilidad<sup>235</sup>. Existen dos usos relevantes del término vulnerabilidad: uno que se relaciona estrechamente con la exposición a los riesgos y otro a la discriminación<sup>236</sup>. En lo que sigue adoptaremos esta segunda acepción. Entender a las personas mayores como un grupo vulnerable lleva implícita la idea de que siempre lo serán y requerirán protección, con independencia de las circunstancias que las rodeen. La definición de un instrumento sobre los derechos de las personas de edad debe virar hacia otra perspectiva. Ante todo, debe identificar las condiciones exógenas que hacen que ellas requieran medidas especiales en su favor, e intervenir de manera particular sobre esas condiciones con la finalidad que logren su autonomía.

La situación de vulnerabilidad, representa una desigualdad de hecho, que sufre el sujeto, por un cumulo de circunstancias, culturales, sociales, administrativas o económicas y que deben corregirse desde la óptica de los derechos humanos (función tutelar). No es la edad, sino las características estructurales las que limitan su capacidad de gozar plenamente de los derechos generalmente reconocidos. La expresión “grupos vulnerables” pretende hacer referencia a esta situación de inferioridad o marginación en las estructuras y relaciones sociales, por más que haya sido justamente criticada tanto por sus connotaciones negativas.

La idea de la vulnerabilidad en cuanto rasgo diferenciador, ha sido criticada al considerar que este problema no es privativo de las personas mayores, ya que preocupan por igual a otros grupos sociales, como es el caso de las mujeres, los niños y las personas con discapacidad. Además esta concepción perpetúa la idea de una vejez deficitaria, con carencias, débil y carente de autonomía. Por este motivo, los nuevos enfoques basados en los derechos humanos tratan de poner el énfasis en el empoderamiento de las personas mayores, considerándolos como sujetos de derecho y no solo beneficiarias de la asistencia social.

---

<sup>235</sup> El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua describe Vulnerable como “*Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente*”.

<sup>236</sup> BARRANCO, M<sup>a</sup> del Carmen. *Derechos humanos y vulnerabilidad: Los ejemplos del Sexismo y del Edadismo*. En BARRANCO, M<sup>a</sup> del Carmen y CHURRUCA, Cristina (Ed.) *Vulnerabilidad y protección de los derechos humanos*. Valencia, Tirant lo Blanch, 2014.

Esta perspectiva implica una nueva ciudadanía, que disfruta de las garantías necesarias, asume nuevos roles y oportunidades y fomenta e impulsa su autonomía. Se promueve, en definitiva, un tratamiento específico para las personas mayores, para eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez. La vejez es definida como una construcción social, aspecto relevante desde el punto de vista de los derechos humanos, aparte de por su componente biológico y cronológico.<sup>237</sup>

Con el llamado proceso de especificación de los derechos humanos se han ido concretando normas específicas de protección dirigidas a los ancianos. Son derechos fundamentados en el valor igualdad, que utilizan la técnica de la equiparación<sup>238</sup>, para que sus destinatarios puedan gozar de forma plena de sus derechos individuales. El derecho interviene por tanto, para restituir la igualdad, y lo realiza utilizando la técnica de la equiparación, si lo vemos desde el punto de vista de los objetivos, o la técnica de la diferenciación, si lo vemos desde el punto de vista de los medios empleados. Lo que realmente identifica a esos derechos es esta técnica de la diferenciación, tratar desigualmente a los desiguales, aunque la comprensión del problema de la universalidad de esos derechos sólo se podía producir atendiendo a los objetivos de equiparación<sup>239</sup>. Es decir, lo que se pretende es restablecer la igualdad.<sup>240</sup> El enfoque de los derechos humanos se utiliza para resolver los problemas, atribuyendo derechos a esos colectivos específicos, con la finalidad de restablecer la igualdad.

La discusión acerca de la titularidad de los derechos se inserta en un contexto más amplio de debate académico, que atribuye un gran valor moral y político a ciertos grupos sociales. Partiendo del rechazo a una concepción individualista y antropocéntrica de los derechos, incapaz de proporcionar un trato igualitario a sus ciudadanos, Huenchuan<sup>241</sup> cita a otros autores (Van Dyke, 1974; Taylor 1993; Kymlicka, 1996;

---

<sup>237</sup> HUENCHUAN, Sandra. *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. op. cit. p. 4.

<sup>238</sup> PECES-BARBA, Gregorio. *La universalidad de los Derechos Humanos*. Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho. Núm. 15-16, 1994. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-universalidad-de-los-derechos-humanos-0/>

<sup>239</sup> PECES-BARBA, Gregorio. *Ibidem*.

<sup>240</sup> Serio lo contrario del privilegio, que pretende mantener una situación de desigualdad.

<sup>241</sup> HUENCHUAN NAVARRO, S. *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL) Serie población y desarrollo. Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2004.



Young, 1989) que desde diferentes posiciones, defienden la atribución de derechos a ciertos grupos sociales, tales como los indígenas, las mujeres, los viejos, personas que viven en la pobreza, y otros. Para estos grupos — sostiene Young— *«el mero reconocimiento de la igualdad de derechos [...] no ha supuesto ningún cambio en su situación de desventaja social, por lo que ha llegado el momento de reconocerles derechos de grupo»*.

Los derechos de grupo en cuanto tales, tienen una perspectiva histórica y diferencial que influye en la manera de concebir los mismos derechos humanos. En nuestro caso, las personas mayores, son titulares de derechos individuales —derechos de primera generación—, a la vez que son titulares de derechos de grupo —derechos de segunda y tercera generación—, por lo tanto se requiere que junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales de manera que logren envejecer con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y de sí mismos. La fundamentación se basa, por tanto, en su doble dimensión: una individual y otra social por la que entra en relación con sus semejantes. Toda persona posee una tendencia innata a la vida en sociedad. Los derechos humanos, para proteger la realidad de la persona anciana, deben incidir en esa doble dimensión, individual de la persona como sujeto de derechos y la de los derechos específicos como grupo (dimensión social). Una exigencia fundamentada en esa inescindible dualidad tan característica de la naturaleza humana.

Por otro lado, el anclaje de los derechos de los ancianos dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, conlleva que hayan sido considerados por muchos, como «derechos de implantación progresiva», es decir, aquellos alcanzables en un futuro, tomando en consideración los recursos disponibles con los que cuenta un Estado<sup>242</sup>. En este sentido, se crea la percepción distorsionada de que se trata de aspiraciones programáticas, en vez de considerarlos como “derechos subjetivos”, que permiten un disfrute efectivo y que cuentan con la garantía de su exigibilidad.

---

<sup>242</sup> MARTIN, Claudia y RODRÍGUEZ-PINZON, Diego. El estatus Internacional de los derechos humanos de los Ancianos. En MARTIN, Claudia, RODRIGUEZ-PINZON, Diego. GUEVARA, José (Comp.) Derecho Internacional de los derechos Humanos. México; Universidad Iberoamericana, 2004. Pag. 605.

Los derechos humanos representan, según Ara Pinilla<sup>243</sup>, exigencias inherentes a la propia naturaleza humana. Siendo ésta común a todos los miembros de la especie, es lógico que los derechos se reconozcan a todos por igual. Por tanto, toda persona, sin distinción de circunstancia o condición alguna, se encuentra habilitada para su disfrute. En 2006 la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)<sup>244</sup> planteó que: «*El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales*». Esta perspectiva modifica la lógica de elaboración de las leyes, políticas y programas, donde el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades asistenciales, sino el de sujetos titulares de derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad.

#### **4. Principales Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores.**

Las primeras referencias a las personas mayores, contenidas en instrumentos internacionales fueron realizadas de forma indirecta y limitadas a ámbitos concretos como la protección y nivel de vida adecuado o al derecho a la seguridad social. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (DUDH), texto que constituye en la actualidad el principal instrumento de referencia en Derechos Humanos, reconoció el derecho a las prestaciones sociales en la vejez (art. 25)<sup>245</sup>. La DUDH establece derechos básicos de todos los seres humanos en la esfera civil, política, social, económica y cultural y proporciona la base moral para una amplia variedad de leyes internacionales. Entre esos derechos se encuentran la igualdad<sup>246</sup> y la prohibición de la discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas. Si bien la edad no se cita expresamente en el art. 2 entre las

---

<sup>243</sup> ARA PINILLA, I. *Funciones que cumplen los derechos*. En DE CASTRO CID, B. *Introducción al Estudio de los Derechos humanos*. Madrid. Editorial Universitas S.A. 2003.

<sup>244</sup> HUENCHUAN, Sandra. *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. *op. cit.*

<sup>245</sup> El derecho a la Seguridad Social, o a las prestaciones de invalidez se reconocieron en el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales de 1966 y en el Convenio 128 de la OIT, sobre invalidez, vejez y sobrevivencia de 1967 respectivamente.

<sup>246</sup> El primer párrafo del artículo 2 de la DUDH 1948 establece que “*Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición*”.

condiciones de no discriminación, las expresiones «*cualquier otra índole*» y «*cualquier otra condición*» hacen que la edad se interprete incluida.

Otras referencias indirectas se contienen en el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966* (PIDCP), el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966*<sup>247</sup> (PIDESC) cuyo objeto es, fundamentalmente, la tutela y garantía de los valores de la igualdad y la solidaridad<sup>248</sup> y la *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de 1984*. De este modo, todos estos derechos se hacen extensibles a las personas mayores y son de una importancia fundamental para el desarrollo de las libertades en la vejez, constituyendo un modelo que ha de guiar las acciones de los Estados en la materia.

A efectos clasificatorios se describen varios sistemas internacionales de derechos humanos que reconocen los derechos de las personas: el Sistema de las Naciones Unidas, el Sistema Europeo, el Sistema Interamericano y el Sistema Africano. Cada uno de estos sistemas cuenta con sus propios tratados de derechos humanos y mecanismos de supervisión<sup>249</sup>. A estos sistemas hay que añadir las iniciativas de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental y la Carta Árabe de Derechos Humanos. Muchos de estos tratados hacen referencia a derechos que interesan a las personas mayores, como es el derecho a la salud, pero no existe un instrumento internacional comprensivo que trate de la atención legal de este grupo de edad de manera específica. Sorprende, desde luego, la escasez de textos destinados a la “tercera edad” en los instrumentos internacionales, en comparación con lo que ocurre en el caso de otros grupos (mujeres, infancia, discapacidad). Entendemos que esta consagración en lo que respecta a las personas mayores como colectivo, resulta incompleta o, dicho de otra manera, está necesitada de un desarrollo unitario.

A nivel de Sistema de las Naciones Unidas, han existido cuatro iniciativas para lograr una declaración sobre los derechos de las personas mayores, presentadas

---

<sup>247</sup> Este Pacto no hace referencia explícita a los derechos de las personas mayores, aunque el artículo 9 trata sobre “el derecho de todos a la seguridad social”.

<sup>248</sup> GOMEZ ADANERO, M. En TEMA XXXV: DE CASTRO CID, B. (COORD.) *Problemas básicos de Filosofía del Derecho: desarrollo sistemático*. Madrid, Editorial Universitas S.A., 1994.

<sup>249</sup> MARTIN, Claudia. RODRÍGUEZ-PINZON, Diego. *El Estatus Internacional de los Derechos Humanos de los Ancianos*. En MARTIN, Claudia. RODRÍGUEZ-PINZON, Diego. GUEVARA, José A. (Compiladores). *Derecho internacional de los derechos humanos*. México, Universidad Iberoamericana. Distribuciones Fontamara, 2006.

formalmente o discutidas como documentos en las Naciones Unidas<sup>250</sup>. La cuestión de los derechos de la llamada “tercera edad”<sup>251</sup>, se planteó por primera vez en las Naciones Unidas en 1948, año en que Argentina presentó a la Asamblea General un proyecto de declaración de los derechos de la vejez. El tema figuró en los programas de la Comisión de Derechos Humanos, sin que se adoptasen medidas definitivas, hasta que en 1969 se incorporó al programa del vigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General con el título “Cuestiones de las personas de edad y de los ancianos” lo que provocó la adopción de una serie de resoluciones sobre la materia” y la organización en 1982 de una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que se celebró en Viena, y en la que se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento.

En 1991 se realizó el segundo intento promovido por la Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana, que presentaron la Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad, base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, adoptados por resolución de la Asamblea General en 1991. Estos Principios son instrumentos internacionales que gozan de un valor político y moral considerable, aunque no tengan el carácter vinculante de los tratados internacionales. Constan de un total de 18 principios y están divididos en cinco apartados: “Independencia”, “Participación”, “Cuidados”, “Autorrealización” y “Dignidad”<sup>252</sup>.

---

<sup>250</sup> HUENCHUAN, Sandra. *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2013.

<sup>251</sup> GALÁN JUÁREZ, M. *Antropología y Derechos Humanos*. Madrid, Editorial Diles, S.L., 1999

<sup>252</sup> Los principios que guardan una relación más estrecha con la cuestión socio-sanitaria son:

- El acceso a [...] atención de salud adecuados
- poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia
- acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de salud.
- acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones..., con pleno respeto de su dignidad, .., así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado...
- poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

En 1999 hubo aún dos intentos más, la última a cargo de la *American Association of Retired Persons* (AARP) de los Estados Unidos que propuso la Carta por una sociedad para todas las edades que no prosperó.<sup>253</sup>

Puede considerarse, por tanto, como referencia precursora el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la Primera Asamblea Mundial de Viena en 1982. Los *Planes de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*<sup>254</sup> constituyen una base política a nivel internacional y proponen principios generales y directrices sobre las maneras en que la comunidad internacional, los gobiernos y las sociedades en su conjunto pueden hacer frente a los retos del envejecimiento. El Plan de 1982, constituye una salvaguarda de los derechos de los mayores dentro los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y contiene 62 recomendaciones, muchas de las cuales tienen una relevancia directa para el Pacto.

Posteriormente, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002, se aprobó la Proclamación sobre el Envejecimiento, con una orientación general para seguir aplicando el Plan anterior de Viena de 1982 y la continuidad de su estrategia. El Plan de Acción de Madrid busca “promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluyendo el derecho al desarrollo” y enumera los objetivos sobre el Envejecimiento determinados en la Segunda Asamblea Mundial. Además, este documento combate expresamente la discriminación por edad y promueve la dignidad de las personas mayores. La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid dieron un nuevo

---

<sup>253</sup> HUENCHUAN, Sandra. *Perspectivas globales...op.cit.* p.24.

<sup>254</sup> El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002, requiere cambios de las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI. Muchas personas de edad envejecen con seguridad y dignidad y también potencian su propia capacidad para participar en el marco de sus familias y comunidades. El objetivo del Plan de Acción Internacional consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Sin dejar de reconocer que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida, el objeto del Plan es ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. Se reconocen las características comunes del envejecimiento y los problemas que presenta y se formulan recomendaciones concretas adaptables a las muy diversas circunstancias de cada país. En el Plan se toman en cuenta las muchas etapas diferentes del desarrollo y las transiciones que están teniendo lugar en diversas regiones, así como la interdependencia de todos los países en la presente época de globalización.

impulso a la necesidad de un programa sobre el envejecimiento, poniendo de relieve el desarrollo y la cooperación internacional y la asistencia en este ámbito.

Otro hito destacable en ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Viena de 1982 y respaldado, el mismo año, por la Asamblea General de las Naciones Unidas ocurrió en 1990, año en el que se proclamó el 1 de octubre como “Día Internacional de las Personas de Edad”.

La influencia de los Planes de Acción ha repercutido en los informes de los Comités responsables de la supervisión de los pactos. Así el Comité de Derechos Humanos, responsable de la supervisión del PIDCP ha incorporado la edad como motivo de discriminación desde entonces.

Como se cita anteriormente, el *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* adoptó su Observación General N° 6, en 1995. Esta Observación está como uno de los estándares más importantes referentes a los derechos humanos de las personas mayores, representa un paso en la protección de los derechos de este colectivo a nivel internacional, ya que examina el rol de las personas mayores y el de la familia en los países en desarrollo<sup>255</sup>.

El comité también ha realizado otros comentarios generales, en aspectos específicos como la vivienda adecuada y las expulsiones forzosas (1997) o la educación (1999). En el año 2000, adoptó la Observación general 14, relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Para el Comité “*la salud es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos*” como el derecho a la vida, la no discriminación, la igualdad, la libertad de trato inhumano o degradante, entre otros.

En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, reafirma la

---

<sup>255</sup> VÁSQUEZ, J. *Derechos humanos y salud. Personas Mayores*. Organización Panamericana de la Salud. 2008. Disponible en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069\\_Viejos.pdf?ua=1](http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf?ua=1)

importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad<sup>256</sup>. También hace referencia a las personas mayores como un grupo cuya vulnerabilidad requiere programas especiales, de costo relativamente bajo que ofrezcan acceso a centros de salud, bienes y servicios sin discriminación.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, responsable de la supervisión de la Convención contra la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptó por su parte, en 2002, una declaración acerca de los derechos de las mujeres de edad y ha promovido en general los derechos de estas mujeres, en aspectos clave que les afectan como la violencia de género, por ejemplo.

Al margen de los Tratados y Convenios existen otros instrumentos, englobados en la categoría de «*soft law*» o «derecho blando», con distintos niveles de obligatoriedad jurídica para los Estados, lo que no les resta relevancia jurídica. Entre las resoluciones adoptadas que han incorporado disposiciones relativas a la protección especial de las personas mayores o a la discriminación basada en la edad, cabe citar:

- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (1969)
- Proclamación sobre el Envejecimiento (1992)
- Resoluciones relativas a las mujeres de edad (1989; 1995; 2002).
- Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (1988)
- Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (1988)
- Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio, 1990)

---

<sup>256</sup> El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: E/C.12/2000/4. (General Comments) Naciones Unidas. Ginebra. Consultado en [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument)

- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993)
- Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007).

Mención aparte merecen los textos aprobados por otros organismos internacionales. En cuestiones de derecho internacional privado, en el año 2000 se aprobó el Convenio sobre la Protección Internacional de los Adultos (Conferencia Internacional de La Haya de Derecho Internacional Privado).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), adoptó la Recomendación 162, sobre los trabajadores de edad y la Resolución sobre seguridad social de la OIT (1980), que establece recomendaciones relativas a la asistencia médica, seguridad de ingresos y servicios sociales para el conjunto de la población, pero que afectan particularmente al bienestar de las personas mayores. Otros Convenios a destacar son el Convenio N° 102, relativo a la norma mínima sobre seguridad social (OIT, 1952); y el Convenio N° 128, sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (OIT, 1967).

En el seno de la Organización Mundial de la Salud<sup>257</sup> (OMS), son varios los informes relevantes en el envejecimiento. Cabe citar el informe de 1984 sobre los usos de la epidemiología en el estudio de las personas mayores (*The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*); el informe del Comité de expertos, de 1989, sobre la salud de las personas mayores (*Health of the Elderly*); *Improving the Health of Older People: A World View* (Mejorando la salud de las personas mayores: perspectiva mundial), publicado en 1990; y *Family Support for the Elderly: The International Experience* (Apoyo familiar para las personas mayores: la experiencia internacional), publicado en 1992. En 1979, por medio de la Asamblea Mundial sobre la Salud, se adoptó la Resolución sobre asistencia sanitaria de las personas mayores, con la creación del Programa Mundial para la salud de las Personas Mayores (*Global Programme for Health of the Elderly*). En 1982, se produce la Incorporación del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento en las actividades del *Global Programme for Health of the Elderly*. En 1989, se celebró una Reunión del Comité de expertos de la OMS. Posteriormente, en 1995, se reactivó el programa con el título “Envejecimiento y Salud”. Otros eventos destacables fueron en 2001 con la promoción de la Campaña para

---

<sup>257</sup> BONITA, Ruth. *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra, OMS, 1998.



el envejecimiento activo; en el 2002, la Declaración de Toronto, para la prevención global del Maltrato de las personas mayores y en 2005 la Promoción de un Envejecimiento activo y saludable.

A nivel del Sistema Europeo de derechos humanos, establecido en el marco del Consejo de Europa, destaca el *Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales*, aprobado en Roma el 4 de noviembre de 1950. Enmendado por 14 protocolos hasta la fecha, es el principal instrumento del sistema europeo de derechos humanos, y recoge el principio de igualdad y de no discriminación. Posteriormente, se publicó la Carta Social Europea el 18 de octubre de 1961 revisada en 1996. Un texto destacable de la Unión Europea, tras las sucesivas modificaciones del Tratado de Roma de 1957 (Acta Única Europea de 1986, Tratado de la Unión Europea de 1992 y el Tratado de Ámsterdam de 1997) es la consolidación de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea<sup>258</sup> proclamada el 7 de diciembre de 2000 con motivo del Consejo Europeo de Niza, e incluida posteriormente en el nuevo Tratado Constitutivo de la Unión Europea. Esta Carta prohíbe toda discriminación, y en particular incorpora explícitamente la edad. Asimismo, incorpora, en su artículo 25, una disposición específica relativa a los derechos de las personas mayores: «*La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural*». El Tribunal Europeo de Derechos Humanos que supervisa judicialmente las disposiciones del Convenio cuenta con una amplia jurisprudencia.

Otros instrumentos destacados son:

- *Convenio sobre derechos humanos y biomedicina. 1997*
- *Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores. 1989* (Al llegar a la Jubilación todo trabajador de la Comunidad Europea debe poder disfrutar de recursos que le garanticen un nivel de vida digno)

La preocupación de la Comunidad Europea por las personas de edad avanzada y discapacitados se ha venido demostrando en múltiples textos como la *Resolución de 18*

---

<sup>258</sup> Este texto es el primero en la historia de las Instancias Internacionales que recoge de manera expresa los derechos de las personas Mayores: Art. 25: La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.

*de febrero de 1982, sobre la situación y los problemas de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea, la de 10 de marzo de 1986 sobre las ayudas a los ancianos y la de 14 de mayo de 1986, sobre una acción comunitaria para mejorar la situación de las personas de edad avanzada.* La Declaración de principios del Consejo de la Unión Europea y de los Ministros de Asuntos Sociales, con motivo de la clausura del Año Europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre las generaciones (1993), la *Decisión del Consejo, de 26 de noviembre de 1990*, relativa a las acciones comunitarias en favor de las personas de edad avanzada, la Decisión del Comisión Europea de 17 de octubre de 1991 relativa al grupo de enlace de las personas de edad avanzada, la Resolución del Parlamento Europeo, de 20 de noviembre de 2008, sobre el futuro de los sistemas de seguridad social y de pensiones y por último la Propuesta del Parlamento Europeo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo (2012).

Por su parte, la *Directiva 2000/78/EC*, que establece un marco normativo general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, incorpora dos únicas excepciones al principio de no discriminación por la edad, en relación con las fuerzas armadas (art. 3) y cuando las medidas de diferenciación están justificadas objetiva y razonablemente (art. 6), en el marco del derecho interno, por una finalidad legítima.

Otro de los ejemplos de la preocupación comunitaria por los Mayores es el diseño del Quinto programa-marco de investigación (1998-2002) y en especial el programa "Calidad de vida y gestión de los recursos vivos" dentro del cual se encuentra una acción clave sobre "el envejecimiento de la población" y una línea de acción "Investigación sobre las personas con discapacidad". El objetivo de estas iniciativas es mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas con discapacidad, actuando sobre todo en su entorno físico y social (por ejemplo mediante tecnologías orientadas a la rehabilitación y la asistencia), y garantizar la eficacia de los servicios de asistencia sanitaria y social disponibles.

A nivel del Sistema de la Organización de Estados Americanos (OEA), el control de los instrumentos de derechos humanos adoptados se atribuye a la Comisión Interamericana y a la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Como textos reseñables se encuentran la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (1948), la *Convención Americana de Derechos Humanos* (1969) y el *Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Conocido como Protocolo de San Salvador, 1988)<sup>259</sup>.

Destacable también es la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará, 1994) donde llama a la adopción de medidas especiales de protección para las mujeres de edad que son objeto de la violencia y la Declaración de San Pedro de Sula sobre una cultura de la no violencia (2009).

En el ámbito de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reseñar la *Resolución CE130.R19 sobre salud y envejecimiento*.

A nivel regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), organismo dependiente de las Naciones Unidas, responsable de promover el desarrollo económico y social de la región y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) se han mostrado muy activos en la promoción de los derechos de las personas mayores. A destacar las Conferencias sobre el Envejecimiento:

- *Primera Conferencia Regional de América Latina y el Caribe sobre el Envejecimiento* en Santiago de Chile en 2003. Produjo un documento titulado «Estrategia Regional para la Ejecución en América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento».
- *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe* en el 2007, en Brasilia.
- *Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe* en 2012 en San Juan de Costa Rica. Produjo la «Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe».

---

<sup>259</sup> Su artículo 17 señala que: “*Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica...*”

Otros instrumentos subregionales que han incorporado los derechos de las personas de edad son:

- *Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos*, adoptada en Guayaquil el 26 de julio de 2002
- *La Carta Socio-laboral del Mercado Común del Sur (MERCOSUR)*
- *La Carta de Buenos Aires sobre Compromiso Social en el MERCOSUR*, Bolivia y Chile, adoptada el 30 de junio de 2002

A nivel del sistema africano de derechos humanos destacan:

- *La Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos o Carta de Banjul* (1981) constituye el marco normativo del sistema africano de derechos humanos.
- *Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, relativo a los derechos de la mujer en África* (2003)
- *Carta para el Renacimiento Cultural de África* (UA, 2006)
- *La Declaración de Kigali* (2003), hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que desarrollaran “un Protocolo para la protección sobre los derechos de las personas con discapacidad y los ancianos”.
- *Carta sobre Derechos Sociales Fundamentales de la Comunidad de Desarrollo del África Austral* (2003).

Existen otros sistemas menos estructurados, que no cuentan con mecanismos de protección de los sistemas mencionados anteriormente. Es el caso de *La Carta Árabe de Derechos Humanos y las normas de derechos humanos de los Ministros de Asuntos Exteriores de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN)*. Si bien no puede hablarse en la actualidad de un sistema “árabe” de derechos humanos, la Liga de Estados Árabes, adoptó en 2004 la Carta Árabe de Derechos Humanos que identifica a las personas de edad como un colectivo que requiere un “especial cuidado y protección”.

En cuanto a la ASEAN y su elaboración de normas sobre derechos humanos, adoptaron recientemente los Términos de Referencia para una nueva Comisión Intergubernamental de Derechos Humanos de la ASEAN (AICHR, en inglés). Estos términos sientan las bases para un futuro sistema regional de derechos humanos en el ámbito asiático.

Una última consideración sobre la cuestión del carácter vinculante de los diferentes instrumentos. Son vinculantes los tratados, pactos y convenciones que los países convienen mutuamente. Por otra parte como instrumentos no vinculantes (derecho indicativo) lo forman las Declaraciones y resoluciones que, si bien no son directamente obligatorios, contribuyen y pueden ejercer una influencia extraordinaria. Es el caso de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948*<sup>260</sup>.

## **5. La protección de los derechos humanos de las personas mayores**

El gran problema de los derechos humanos ha radicado siempre, parafraseando al profesor De Castro, en conseguir una plena y real efectividad en el ámbito de las relaciones sociales y no tanto conseguir su proclamación en solemnes Declaraciones<sup>261</sup>. Conforme a esta idea, el reconocimiento de los derechos, no basta por sí solo. El filósofo turinés Norberto Bobbio lo expresó contundentemente: «Se podrían multiplicar los ejemplos del contraste entre las solemnes declaraciones y su realización, entre la grandiosidad de las promesas y la miseria de los cumplimientos».<sup>262</sup>

En su conjunto, los derechos de las personas mayores participan de los mismos condicionantes de eficacia que el resto de derechos fundamentales y de la problemática de la exigibilidad<sup>263</sup> de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Y por último, soportan otros problemas más específicos, como son la falta de sustento normativo específico, la dispar obligatoriedad jurídica de sus normas o su dispersión y fragmentación. Sufren por ello de una doble «*capitis diminutio*»: de un lado, forman parte del grupo de DESC, de limitada eficacia; del otro, constituyen un grupo de

---

<sup>260</sup> En todo caso para que sean considerados como parte del ordenamiento jurídico interno los tratados citados en el artículo 10.2 CE han de estar publicados oficialmente en España. El artículo 10.2 CE cita a la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada en 1948. Por su parte el Tribunal Constitucional lo ha aplicado escasamente.

<sup>261</sup> DE CASTRO CID, Benito. *Problemas básicos de Filosofía del Derecho: desarrollo sistemático*. Madrid, Editorial Universitas, 1990. pág.273.

<sup>262</sup> BOBBIO, Norberto. *op. cit.* p. 111.

<sup>263</sup> Los argumentos acerca de la inexigibilidad en la doctrina se basan en las disyuntivas libertad frente a igualdad, derechos colectivos versus derechos individuales o de derechos de prestación versus derechos de abstención. En SAURA, Jaume. *La exigibilidad de los Derechos Humanos: Especial referencia a los derechos Económicos, Sociales y Culturales*. El tiempo de los derechos. Nº. 2, 2011.

derechos bastante novedoso, de reciente consagración, por lo que son vistos como derechos programáticos y verdaderos derechos subjetivos directamente operativos<sup>264</sup>.

Es mayoritaria la doctrina que considera que estos derechos son universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados con todos los derechos humanos lo que significa que son exigibles desde el punto de vista jurídico. En lo que sigue, asumiremos esta idea, y la equiparación de los derechos de las personas mayores con los derechos sociales.

Es obvio que un primer paso para su protección pasa por su proclamación. Los Derechos Humanos constituyen, siguiendo en este punto al profesor Martínez Morán, «el conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, permiten realizar las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humanas, las cuales han de ser reconocidas positivamente por todos los ordenamientos jurídicos, tanto a nivel nacional como internacional».<sup>265</sup> Los derechos reconocidos se incorporan en los textos constitucionales mediante su interpretación o incorporación explícita. La constitucionalización de los derechos de las personas mayores significa un plus de fuerza normativa, al que se debe someter el ordenamiento jurídico y los poderes públicos. Los Gobiernos deberán adoptar al efecto medidas legislativas por todos los medios apropiados<sup>266</sup>. La adecuación de la legislación interna puede producirse mediante el otorgamiento de rango constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos, o bien complementando o enmendando la legislación vigente.

La obligación de adoptar las medidas necesarias, se cita por ejemplo en el art.1 del *Protocolo de San Salvador*, bajo la idea de implantación progresiva. Por su parte, en el art. 2 del mismo protocolo se establece la obligación de adoptar disposiciones de Derecho Interno. Los derechos sociales impondrían la obligación de aportar los medios disponibles, es decir, que los Estados deben poner en marcha las medidas necesarias

---

<sup>264</sup> KEMELMAJER, Aida. *Las Personas ancianas en la Jurisprudencia Argentina. ¿Hacia un derecho de la ancianidad?* *Revista chilena de derecho*, 33(1), 37-68. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-34372006000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372006000100004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-34372006000100004.

<sup>265</sup> MARTINEZ MORÁN, Narciso. *Los derechos humanos entre la utopía y la realidad*. En MARTINEZ MORÁN, Narciso (Editor) *Utopía y Realidad de los Derechos Humanos en el cincuenta aniversario de su Declaración Universal*. Madrid, Estudios de la UNED, 1999.

<sup>266</sup> En ese sentido se pronunciaba la Observación General N° 9 dictada por el Comité DESC en el año 2008.

para hacerlos efectivos. El Estado figura por tanto, como principal responsable y garante de los Derechos Humanos de las personas de edad. Además los Estados están obligados a respetar todos los derechos humanos sin ningún tipo de distinción, dada su naturaleza indivisible.

La justificación para una Convención de carácter universal que agrupe los derechos de las personas mayores es importante de cara a reforzar y proteger sus derechos. El consenso internacional en torno a los contenidos de estos derechos se vería reforzado. Además estos derechos específicos reunidos en un instrumento contarían con una mayor protección y control con el establecimiento de un comité ad hoc. Por último, se facilitaría a los Estados hacer frente a sus obligaciones en materia de derechos humanos, al asociar la labor de promoción práctica que realizan las agencias, organismos y fondos de las Naciones Unidas<sup>267</sup>. Cabe citar a modo de ejemplo, una gran actividad por parte del GTPDHPM, que trabaja en el proyecto de Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Este proyecto en estado muy avanzado, compila los derechos más significados de las personas mayores y puede ser una buena base para una Convención Internacional.

Un enfoque reduccionista, no obstante, contemplaría el problema de la eficacia de los derechos fundamentales como una cuestión única de efectiva protección jurídica, olvidando que la realización efectiva de estos derechos viene determinada por multitud de factores que no siempre están sometidos al control de la acción jurídica. La plasmación en un instrumento puede carecer de efectos jurídicos, y producir unos efectos “extrajurídicos” a tener en cuenta. La misma proclamación sirve para dotar de una mayor visibilidad los problemas, promover la toma de conciencia y sensibilización, tener una dimensión pedagógica, aportar argumentos al debate social e incluirlos en la agenda política.

Las garantías de los derechos humanos son establecidas por la normativa que protege a los individuos y los grupos contra las medidas que vulneran las libertades fundamentales y la dignidad. Además de las garantías formales de carácter jurídico,<sup>268</sup>

---

<sup>267</sup> RODRIGUEZ-PIÑERO, Luis. *op. cit.* pág. 30.

<sup>268</sup> Nos referimos a la protección Constitucional mediante Garantías normativas (p.e. Reserva de ley ), las Garantías institucionales (corresponde a los poderes publicas garantizar los derechos) y las Garantías

deben implementarse todo un orden de garantías o condiciones políticas, sociales, culturales y económicas, mínimas e imprescindibles sin las cuales el despliegue efectivo de los derechos sería sino imposible, muy difícil de llevar a cabo. Las garantías que desarrolla el Estado se denominan sociales (garantías asistenciales) cuando van encaminadas a establecer las condiciones adecuadas para que pueda llevarse a cabo la igualdad y la justicia, sin discriminación. Coincidimos plenamente con el profesor Martínez Morán, en que «*para la promoción y creación de las condiciones básicas de carácter económico y social, para la garantía de todos los derechos y en especial los derechos económicos y sociales es fundamental la voluntad del Estado*».<sup>269</sup>

A los instrumentos jurídicos de reconocimiento de los derechos será preciso dotarles de una doble garantía: una *norma fundamental de garantía* de derechos y libertades y una *norma directiva fundamental* de la pertinente actuación de los poderes públicos para hacerlas valer<sup>270</sup>. Es indudable que esta última es esencial para lograr un modelo de garantismo “fuerte” y no quedar a merced de las conveniencias o de la disposición de las instituciones políticas, especialmente cuando lo social se subordina a lo económico. El modelo de garantías de los derechos fundamentales establecido a nivel internacional es el de un *garantismo débil*, o de un constitucionalismo “débil” o “debilitado” en el caso de la Unión Europea<sup>271</sup>.

Frente a la supuesta indeterminación fáctica de los derechos sociales, los poderes públicos deben desplegar las necesarias actuaciones positivas y el desarrollo legislativo para dotarlos de contenido. Por ejemplo, el art. 53 de la CE, contiene un mandato dirigido a los poderes públicos para garantizar y promover las condiciones necesarias para el ejercicio efectivo de los derechos fundamentales. El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios rectores de la política social y económica (donde quedan subsumidos la mayor parte de los derechos de los mayores) informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. En este sentido, la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* en su artículo 52.1,

---

jurisdiccionales (en caso de violación los ciudadanos pueden recurrir ante los órganos judiciales ordinarios, el Tribunal Constitucional o ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos).

<sup>269</sup> MARTINEZ MORAN; N. *Los medios de protección*. En DE CASTRO CID, B. (Coord.) *Introducción al estudio de los derechos Humanos*. Madrid, Editorial Universitas S.A., 2003 p. 338.

<sup>270</sup> MONEREO, José Luis. *Ciudadanía y derechos de las Personas Mayores*. Granada, Comares, 2013. p. 135.

<sup>271</sup> *Ibidem*, p.135



contiene una obligación genérica de “respetar el contenido esencial” de los derechos.<sup>272</sup> Ahora bien, como señala Monereo,<sup>273</sup> si se encuadran la mayoría de los derechos sociales de prestaciones en esa categoría de principios jurídicos, ello cuestionaría en sí su justiciabilidad inmediata y los derechos que de ellos se derivarían en la práctica no serían más que meras expectativas de derecho o meros intereses legítimos.

Otro modo de protección de los derechos de las personas de edad reconocidos en los distintos textos es dotarlos de sistemas o mecanismos de monitorización y la justiciabilidad de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La presentación de informes periódicos con la posibilidad de que cualquier persona o grupo de personas presente peticiones por la violación de los derechos previstos en la Convención confirmaría la tendencia por parte de la comunidad internacional en el sentido de ampliar la justiciabilidad.

Superar la distinción artificial entre derechos civiles y políticos y derechos económicos y sociales, en términos de justicialidad es una condición previa para asegurar su universalidad<sup>274</sup>. El reconocimiento de los derechos sociales como derechos plenos, implica superar los postulados programáticos, y se materializará en la medida que sean judiciales, entendida la justiciabilidad, como la exigibilidad legal o posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho.<sup>275</sup>

Una forma de implementar la justiciabilidad es reconducir la protección de los derechos sociales a través de los derechos civiles, claro está, después de una necesaria “traducción”.<sup>276</sup> La diferenciación artificial entre ambas categorías se desdibuja a la hora de identificar los derechos violados en los casos concretos. En ocasiones un

---

<sup>272</sup> Artículo 52. Alcance de los derechos garantizados: 1. “Cualquier limitación del ejercicio de los derechos y libertades reconocidos por la presente Carta deberá ser establecida por la ley y respetar el contenido esencial de dichos derechos y libertades. Sólo se podrán introducir limitaciones, respetando el principio de proporcionalidad, cuando sean necesarias y respondan efectivamente a objetivos de interés general reconocidos por la Unión o a la necesidad de protección de los derechos y libertades de los demás”.

<sup>273</sup> MONEREO, José Luis. *op. cit.* p. 164.

<sup>274</sup> FERNANDEZ, Celia. *La exigibilidad de los derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Revista de Derecho de la UNED, núm. 11, 2012.

<sup>275</sup> Abramovich, V. y Courtis, C.). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid, Editorial Trotta, 2002.

<sup>276</sup> *Ibidem*. p. 200.

derecho civil puede proteger un interés tutelado por un derecho social. La conexión teórica y práctica entre ambos derechos es obvia. Se trataría de reconducir o recontextualizar la violación de un derecho social en la violación de un derecho civil. Así se puede reconducir, por ejemplo, el derecho a la protección a la salud con el derecho a la vida. Y se han planteado conexiones entre el derecho a un ambiente sano y el derecho a la intimidad, y aun con el derecho de protección de la vida familiar.<sup>277</sup>

Es fundamental incidir en la protección de la Igualdad y de su correlativo derecho a la no discriminación, como componentes esenciales de las normas internacionales de derechos humanos y son fundamentales para el goce y el ejercicio de todos los derechos humanos de las personas mayores. Los Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas. A mayor abundamiento se requiere la toma de conciencia para fomentar una actitud positiva hacia la vejez y un trato digno, respetuoso, y considerado hacia la persona mayor; e impulsar acciones de promoción de los derechos y empoderamiento de la persona mayor, así como evitar el lenguaje e imágenes estereotipadas sobre la vejez. Es necesario sensibilizar a la población sobre el proceso de envejecimiento y sobre la persona mayor, fomentando su participación.

Por último, la construcción de un enfoque normativo pasa por la especificación o concreción de los derechos que permita el reconocimiento de los derechos y su plasmación en una Convención que desde una perspectiva integradora tenga una vocación universal, al modo de la iniciativa de la CEPAL en el seno de la OEA. En relación a los derechos que guardan relación con el ámbito socio-sanitario cabe destacar principalmente, la igualdad y no discriminación por razones de edad, el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, a la independencia y a la autonomía, a la participación e integración comunitaria, a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a brindar consentimiento, libre e informado en el ámbito de la salud, Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, a la privacidad y a la

---

<sup>277</sup> En el Sistema Interamericano, los principales avances en la justiciabilidad de los DESC se han dado por medio de pronunciamientos de la CIDH en el informe *El Acceso a la Justicia como Garantía de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, así como en informes sobre peticiones individuales. Desde al menos el año 2001, la CIDH ha aprobado informes de admisibilidad de peticiones donde se alegan violaciones a derechos tales como seguridad social, salud, educación, trabajo y derecho de los trabajadores a organizar sindicatos.

intimidad, a la seguridad social, al trabajo, y el derecho a la salud. Su determinación e inclusión en una Convención, debe dejar de ser una tarea pendiente. La perspectiva de los derechos humanos aporta en definitiva, una visión positiva del envejecimiento y propicia la construcción de un marco conceptual acorde con la nueva realidad social de la vejez que sirva de garantía para el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

**CAPITULO 4. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA**  
**SALUD EN LA PERSONA MAYOR**



## **CAPITULO 4. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA PERSONA MAYOR**

**Sumario:** 1. El derecho a la protección de la salud. 1.1. El Concepto de salud. 1.2. La salud como derecho. 2. 2. Equidad y desigualdad en el acceso a los recursos sanitarios. 3. Envejecimiento activo. 4 Discriminación sanitaria en el adulto mayor. 4. 1. Ageísmo en oncología. 4.2. Ageísmo en la prescripción farmacológica. 4.3. Ageísmo en Cardiología. 4.4. Discriminación en el cuidado final de la vida. 4.5. Discriminación y trasplante de órganos. 4.6. Discriminación en Medicina Intensiva. 4.7. Discriminación del anciano con deterioro cognitivo. 5. Maltrato y Violencia contra las personas de edad. 5.1. Concepto de Maltrato a personas de mayor edad. 5.2. La protección penal del maltrato a ancianos.

### **1. El derecho a la protección de la salud.**

#### **1.1. El Concepto de salud**

La idea de salud es un producto o construcción social que responde a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. Depende de la interacción de múltiples y complejos procesos sociales, políticos, económicos, culturales y científicos<sup>278</sup>. La salud como objeto y objetivo de las ciencias de la salud, no es una identidad, como una cosa (*res rei*), sino que es una abstracción intelectual, una construcción ideal producida por la mente humana, o lo que es lo mismo, un concepto que se refiere a una circunstancia humana<sup>279</sup>.

---

<sup>278</sup> ALCÁNTARA, Gustavo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>.

<sup>279</sup> DOMINGUEZ, M. concepto de salud y enfermedad. En VV.AA. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ª edición. Barcelona, Salvat editores, 1989. p.15.

La salud es concepto que depende de la persona, de su percepción y vivencia personal. Puede decirse que no existe la salud y solo disponemos de su definición. Hay múltiples definiciones cada una derivada de un concepto de salud, cada cual más o menos explicativo de la realidad que se pretende interpretar.

La salud depende de la cultura que le suministra las condiciones de lo que se considera estar o no estar sano. La salud como concepto, ha evolucionado a lo largo del tiempo, desde un paradigma *medico-biologicista* hasta un modelo más global, el paradigma *socio-ecológico*<sup>280</sup> Acebedo et alt. distinguen entre varias concepciones:

- Modelo *sobrenatural* donde se hace depender la salud de los designios divinos, y se entiende la enfermedad como un castigo sobrenatural (derivado del pecado). que trasciende de lo individual a lo comunal.
- Modelo *biológico*. Ha tenido una enorme importante influencia en el modelo biomédico que privilegia las actividades curativas frente a las preventivas o de promoción.
- Modelo *ecológico tradicional*. Se configura en torno a la triada agente, huésped y medio ambiente y la salud es entendida como un proceso “adaptativo” al medio.
- Modelo *bio-psico-social*. Entiende la salud desde una concepción holística del hombre, como ser de naturaleza física, psíquica y también social.

Una de las acepciones de salud del diccionario de la Real Academia Española de la lengua se define como «*Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones*». Dicha acepción se presenta ambigua e insuficiente, ya que la salud engloba más aspectos que los puramente biológicos.

La concepción subjetiva de la salud se basa en el bienestar, otro concepto difícil de precisar. La salud sería la calidad de la persona que siente bienestar o dicho de otra manera, cuando el dolor está ausente.

---

<sup>280</sup> ACEBEDO, Gabriel. MARTÍNEZ, Gustavo. ESTARIO, Juan Carlos. Manual de Salud Pública. 1ª Edición. Córdoba (Argentina). Encuentro Grupo Editor, 2007. p. 18.

La salud era entendida desde antiguo en términos negativos como ausencia de enfermedad o de invalideces (visión negativa de la salud). Esta visión le resta operatividad básicamente por una serie de razones: en primer lugar, por la dificultad de trazar una línea nítida entre lo normal y lo patológico. Además, los conceptos de normalidad varían con el tiempo.

Un hito importante en la conceptualización de la salud lo representa la definición incluida en el preámbulo de la OMS. Este proporciona una definición positiva de la salud, como «*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad*». Esta histórica y renombrada definición le confiere a la salud un carácter estático, lo que no se corresponde con el dinamismo vital del ser humano. Un ser humano que está siempre en continua evolución. Podemos pasar de la alegría a la tristeza en pocos segundos, y lo mismo, un simple dolor de cabeza es capaz de cegar y echar por los suelos todo el bienestar que atesoremos. Por lo que no hay posibilidad de disponer de una salud fija y estable para toda la vida<sup>281</sup>.

La *concepción subjetiva* determina la demanda y el uso de la asistencia médica. La satisfacción de necesidades puede producir bienestar, pero ello no es sinónimo de salud. Esta sería una de las primeras críticas (entre muchas) a la definición de la OMS. La salud también tiene un sentido teleológico. La salud tiene que ver con un acto racional de elección como acto humano, un medio, no un fin. La salud decide la parte biográfica del sujeto, su destino. La salud tiene que ver mucho en la forma en la que una persona construye su personalidad, hace uso de su libertad, y siente como ser humano.

La *concepción objetiva* es la resultante de criterios de las personas que nos rodean respecto a distintas normas aplicables a los niveles en que se estructura el hombre. Así hay un nivel psicológico, otro biológico, otro físico-químico y otro socio-cultural. El hombre es un ser holístico, integral, unidad de alma y materia, donde todas esas facetas son importantes. La objetivización implica comparar una situación con unos criterios de medida considerados “normales”. La norma es un término que proviene del latín y significa “escuadra”. Una norma es una regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades. La salud objetiva como norma, es

---

<sup>281</sup> DOMINGUEZ, M. *Ibidem*. p. 16.



aquello que se aproxima a la media. Esta concepción relativiza el concepto de salud con respecto a lo que sienten los demás. En el *Corpus hipocraticum*, la salud era la recta proporción de lo justo, limpio, puro, fuerte, bello, robusto y bien proporcionado. La alteración de los mecanismos que regulan o posibilitan que el cuerpo realice “normalmente” sus funciones, es la enfermedad.

Para la *concepción etiológica*, la salud representa el equilibrio con el medio ambiente, que se ve influido por una serie de factores. El conocimiento de estos factores puede conducir al perfeccionamiento de la salud.

La *concepción social* de la salud conceptúa la salud como el grado de aptitud para realizar los roles sociales adecuadamente. La salud estaría constituida por «*las cualidades de la vida humana necesarias para enfrentarse con las exigencias sociales*».<sup>282</sup> La idea sobre la que gira es la calidad de vida. La salud es el grado de satisfacción que una persona tiene conforme con su situación y la experiencia vivida.

La evolución del concepto de salud hacia un modelo socio-ecológico representa la superación o cambio de la doctrina determinista de la causalidad simple, por la de una idea multicausal. Este planteamiento revisa el concepto tradicional de la atención a la salud, superando los esquemas meramente asistenciales para potenciar más las intervenciones preventivas relacionadas con la mejora del medio ambiente y con el desarrollo de políticas sociales de índole socio-económico.<sup>283</sup>

La referida definición de la OMS ha recibido numerosas críticas, a pesar que se le reconoce haber significado un gran avance en el entendimiento de la salud. Ha sido criticada por Terris (citado por Salleras) que la considera utópica, estática y subjetiva. Para este autor debería suprimirse la palabra “completo” de la definición, en la medida que la salud como la enfermedad no es un absoluto, admitiendo distintos grados de salud y de enfermedad. Además, para Terris, la salud se compone de dos aspectos: uno objetivo y otro subjetivo. El subjetivo es el bienestar (sentirse bien en distintos grados). El aspecto objetivo es la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados).

---

<sup>282</sup> DOMINGUEZ, M. *Ibidem*. p 28.

<sup>283</sup> *Ibidem*. p. 19.

## 1.2. La salud como derecho.

La salud como constructo jurídico, es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Estas dos premisas son aceptadas mayoritariamente por la doctrina jurídica. No resulta tan unánime la concepción de la salud como problema biojurídico. En efecto, la definición del objeto del derecho a la salud resulta más compleja. La salud se presenta como un concepto ambiguo de difícil determinación, en el que participan consideraciones biológicas, filosóficas y sociales. En el apartado anterior hemos visto distintas acepciones y concepciones de salud, lo que da lugar a cientos de definiciones de la misma.

El derecho a la salud está incluido en tratados internacionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. De los instrumentos internacionales de derechos humanos cabe reseñar entre otros:

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948
- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966;
- *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 1979;
- *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989.
- *Carta Social Europea*, 1961.
- *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos*, 1981
- *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Protocolo de San Salvador), 1988.

En materia de derechos humanos, las referencias básicas son el art. 25 DUDH y el art. 12 del PIDESC. El art. 25 de la DUDH establece que: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de

desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

Del art. 25 DUDH puede decirse que contiene una concepción extensa del derecho a la salud que englobaría varios derechos distintos:

- a. Derecho a un nivel de vida adecuado
- b. Derecho a la asistencia médica y servicios sociales necesarios
- c. Derecho a un seguro de enfermedad.

La consideración como derecho humano, lleva aparejada la obligación por parte de los Estados, de ofrecer las garantías para que ese derecho pueda realizarse. El derecho a la salud estaría conformado por un núcleo central, constituido por el derecho a la asistencia médica y por otros elementos más instrumentales (como el derecho a un nivel de vida adecuado) que posibilitarían el ejercicio del anterior. Si tenemos en consideración que las mejoras en la esperanza de vida media de este último siglo han venido de la mano de la mejora en las condiciones higiénicas de la población (saneamiento de aguas, policía sanitaria, potabilización de aguas, etc.) entenderemos que esta concepción amplia y todos sus elementos estén estrechamente relacionados.

Por su parte, el art. 12 del PIDESC de 1966 establece que: «*Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*».

Dicha enunciación es ciertamente compleja, en la medida que no define que es la salud y lo centra todo en lograr su máximo nivel (“el nivel más alto de salud posible”). El *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas*, que supervisa el cumplimiento del PIDESC, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud, para aclarar estos aspectos<sup>284</sup>. En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una

---

<sup>284</sup> Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

nutrición adecuada, una vivienda adecuada, etc. Esta aclaración como vemos, se alinea con lo expresado en el art. 25 DUDH. Según la Observación general, el derecho a la salud no abarca solo la atención a la salud sino también a los factores determinantes de la salud. Los servicios de salud deben reunir una serie de caracteres:

- *Disponibilidad*, por ejemplo, contar con una buena dotación de servicios.
- *Accesibilidad*, lo que incluye no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad o accesibilidad económica e información.
- *Aceptabilidad*, respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- *Calidad* de los servicios, es decir, apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

El derecho a la salud impone a los Estados partes tres tipos de obligaciones, a saber: respetar el disfrute del derecho (sin interferir en el), protegerlo (evitando que otros interfieran) y hacerlo cumplir (adoptar medidas para darle efectividad).

Aunque la Observación general mencionada, enumera a título de ejemplo los determinantes que influyen en la salud, no aporta una relación del contenido del derecho, pero sí unas «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho:

- Servicios esenciales de atención primaria de la salud
- Alimentación esencial mínima que sea nutritiva
- Saneamiento
- Agua potable.
- Medicamentos esenciales.

En esta línea, los estatutos constitutivos de la OMS destacan que la mejora de la salud tiene que ver con una serie de factores sociales y no solo tiene que ver con la medicina. Ahora bien, la archiconocida definición de la OMS sobre la salud, presenta cierta problemática desde el punto de vista jurídico. La definición abstracta de la OMS sería imposible de asegurar jurídicamente, e incluso de implementarla por ningún humano. En la medida de que el binomio salud/enfermedad, depende de la propia existencia humana, y de condiciones naturales, se supone que es algo que no se puede dar ni exigir. El derecho a la salud no significa el derecho a exigir estar sano, cosa que sería muy difícil de mantener puesto que no estamos exentos de contraer enfermedades,

algunas de las cuales pueden ser crónicas o terminales. Es más, el envejecimiento conlleva una merma de capacidades, por lo que podría ser visto como un proceso patológico, en el que hay una pérdida de salud. Además una cualidad esencial de la condición humana es la finitud de nuestra existencia. Un derecho a la salud llevado a sus últimas consecuencias, supondría rechazar el envejecimiento como un proceso natural y humano e incluso rechazar o negar la posibilidad de la muerte. Por consiguiente, la noción de salud de la OMS es para el derecho una cuestión de hecho irrealizable, en la medida que en la salud intervienen toda una serie de factores que escapan al control humano.

Siguiendo con la delimitación del contenido del derecho a la salud, la lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del art. 12 sirve de pauta orientativa. Así por ejemplo:

- El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva ( la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil)
- El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente
- El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades
- El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud

Una obligación contenida en el art. 31 de la Observación es la prevención de que *«la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes»*.

Al ser un mandato dirigido a todos los Estados, por ser un derecho Universal, está claro que impone a los Estados ciertas obligaciones para darle efectividad, aunque en buena lógica, aceptando el *«principio de realización progresiva»*. Es decir, aboga por una realización gradual y creciente, lo que supone *«avanzar lo más expedita y eficazmente posible, hasta el máximo de los recursos de que dispongan»*.

La Observación aclara que la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar hacia la plena realización del art. 12 PIDESC y añade que existe una fuerte presunción de que no son permisibles las

medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado demostrar que se han aplicado, tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas, por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles. Esta interpretación despeja toda duda sobre si una vez alcanzado un cierto nivel podría producirse un retroceso y si este fuera arbitrario, ya que supondría una dejación por parte del Estado de sus obligaciones. Sería el caso de la adecuación o no de este mandato y los recortes sanitarios.

Dentro de los derechos considerados como sociales se reconocen además de los derechos sociales laborales otros dos núcleos de derechos:

- Los derechos sociales a la salud, entre los que se encuentran el derecho a la salud y a la protección a la salud.
- Los derechos estrictamente asistenciales, que suplen necesidades de los individuos que no son capaces de solventar por sí mismos.

Estos derechos sociales persiguen determinados logros en el plano social, como el acceso a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad. La igualdad interviene, como objeto de los derechos sociales, bajo aspectos claramente asistenciales.

La organización sanitaria debe garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, asegurando que se realice en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, protegiendo la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación<sup>285</sup>. Al derecho a la asistencia sanitaria le corresponde el deber del Estado de protección, actuación y garantía.

---

<sup>285</sup> Así se expresa la exposición de motivos de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Para delimitar el contenido del derecho a la salud, dada la parquedad con que lo regula el art. 43 CE, hay que acudir a la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, la cual lo delimita en términos amplios. En el art. 6 LGS incorpora las medidas de promoción, prevención, curación, asistencia y rehabilitación. Esto da idea en realidad de dos dimensiones del derecho a la salud que serían la individual y colectiva, reflejados en el articulado del capítulo V de la LGS que regula intervención pública en relación con la salud individual y colectiva. Así configura un contenido doble, que supera el interés individual y alcanza el terreno de la salud pública.

Por otra parte, en el art.10 LGS se reconocen toda una serie de derechos, considerados como instrumentales, que configuran el contenido nuclear del derecho a la salud. Son básicos en la medida que le dan un alcance y significado y lo compatibilizan con otros derechos fundamentales íntimamente relacionados con el (derecho a la vida, a la integridad física, a la dignidad humana o a la intimidad). Este art. 10 ha sido considerado en su momento como una auténtica Carta de Derechos del paciente. Establece derechos interconectados con la salud, o inseparables cabría decir, como el derecho a la confidencialidad, al Consentimiento informado, etc.

La universalidad de la asistencia y que esta se realice en términos de igualdad estricta, es una exigencia derivada del artículo 43 de nuestra Constitución y reconocida como principio general del sistema de salud en la LGS de 1986.<sup>286</sup> Los poderes públicos deben garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, de acuerdo a dispuesto en el art. 43 CE.

Según datos del informe del Defensor del Pueblo<sup>287</sup> (2001), las menciones a la igualdad, tanto en el acceso, como en la distribución de los recursos son constantes en la LGS, así como las referidas a la no discriminación por diversas razones, entre las que no debemos olvidar la edad. Aunque el texto no nombra esta circunstancia, una interpretación lógica del artículo 10 no deja lugar a dudas. La no utilización de determinadas tecnologías, la falta de respeto al principio de autonomía personal, la

---

<sup>286</sup> En este sentido el art. 3º de la Ley General de Sanidad de 1986 establece que: *La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.*

<sup>287</sup> Informe del Defensor del Pueblo sobre «La atención socio-sanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos» (2001)

dificultad para el ingreso y la permanencia en unidades especiales de vigilancia intensiva, el cierre casi sistemático a ser receptores de órganos para trasplante, la preferencia en determinadas cirugías, son ejemplos de no aplicación del principio de igualdad.

Los derechos humanos proporcionan un marco de referencia útil para individualizar, analizar y responder directamente a los factores determinantes sociales de la salud. La vulnerabilidad del sujeto a la enfermedad puede reducirse tomando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Los esfuerzos de los gobiernos para cumplir sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos deben ser deliberados, concretos y de objetivos trazados lo más claramente posible<sup>288</sup>.

Estas observaciones han servido como apoyo a las críticas que consideran que la salud no es susceptible de protección por el derecho y por tanto niegan la posibilidad de que el Estado intervenga, siendo imposible determinar cuáles son las prestaciones sanitarias objetivas que todos necesitan. Otros, sin embargo, prefieren hablar de derecho a la prestación sanitaria (Gafo), o derecho a la protección de la salud. (Peman), por ser lo máximo que puede exigirse jurídicamente<sup>289</sup>. La denominación esta otra cuestión sobre la que no hay mucho acuerdo; así se habla también de «derecho a gozar de un nivel adecuado de salud», «derecho a un mínimo derecho sanitario decente», «derecho al máximo nivel posible de salud», etc. Lo que garantizaría el derecho a la salud serían los medios puestos a disposición del sujeto y no tanto el resultado.

Perera afirma que la expresión *«protección a la salud resulta igual de imprecisa que la expresión derecho a la salud»*. La distinción entre uno y otro tendría algo más de apariencia que de realidad. La cuestión es lo que el Estado pueda llevar a cabo, técnicamente y con recursos para ello<sup>290</sup>.

---

<sup>288</sup> OMS. Salud y ausencia de discriminación. Documento de la OMS para la Conferencia mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas Intolerancia WHO/SDE/HDE/HHR/01.2 Organización Mundial de la Salud. 2001

<sup>289</sup> *Ibidem*, p. 71.

<sup>290</sup> *Ibidem*, p. 73.



Conviene entender, por lo dicho, el art. 43.1 CE como un derecho a la protección a la salud y no como un derecho a la sanidad<sup>291</sup>. Samprón<sup>292</sup> afirma que tampoco se debe entender el derecho a la protección de la salud como el derecho a obtener un resultado dentro de un proceso asistencial individual. La obligación del Servicio Sanitario es el de poner los medios necesarios dentro del marco de las prestaciones sanitarias aprobadas para el Sistema Nacional de Salud, realizar una buena praxis asistencial y procurar una correcta organización y funcionamiento de los servicios. En cuanto al contenido del derecho a la protección a la salud, Bothe citado por Cobreros distingue<sup>293</sup>:

- Un *aspecto negativo* o derecho del individuo a que el Estado se abstenga de cualquier acto que pueda lesionar su salud.
- Un aspecto *positivo* perfilado como el derecho a un conjunto de medidas que, en cuanto destinados a la prevención de la enfermedad, o a la mejora de los ambientes sanitarios corresponden al Estado y que constituye una pretensión jurídica exigible frente a un sujeto pasivo público. Ese es el sentido del art. 43.2 en que establece que «*Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*».

El derecho a la protección de la salud se articula en realidad como un derecho a la prestación sanitaria. Por tanto, es en el alcance de las prestaciones sanitarias donde se materializa el derecho a la salud. El que se considere como un derecho humano implica que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, lo que incluye el acceso a una atención sanitaria

---

<sup>291</sup> Así se reconoce en la Observación general Nº 14 (2000) del COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES relativo a las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. E/C.12/2000/4. (General Comments) en el que se afirma: El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

<sup>292</sup> SAMPRÓN LÓPEZ, D. *Los derechos del paciente a través de la información y la historia clínica*. Edisofer. Madrid. 2002. p. 19.

<sup>293</sup> COBREROS MENDAZONA; E. *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud*. Instituto Vasco de Administración Pública. Bilbao. 1988. p. 202.

oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Este derecho concretado en la asistencia sanitaria, se ajusta a la definición tradicional de los derechos sociales, que requieren una actividad por parte del Estado para materializar su contenido. Así concebido, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria implica la garantía de un servicio público para que le dispense las prestaciones sanitarias.

La garantía de las prestaciones guarda relación los mecanismos de protección de derecho. Frente a las tesis que sostenían que el art. 43 por estar contenido en el capítulo III del Título I de la CE, carecía de la eficacia jurídica necesaria, la doctrina constitucional se encargó de señalar que se trata de un precepto provisto de eficacia jurídica, y no un mero postulado retórico. Para Peces Barba, son normas jurídicas cualificadas, necesarias para el “desarrollo del valor superior de la igualdad en su dimensión material”<sup>294</sup>. Sin embargo, Jiménez de Parga<sup>295</sup> destaca que por su ubicación en la Constitución no son derechos que merezcan la calificación de fundamentales, «denominación que la propia Constitución reserva a lo proclamado en otros preceptos: en los arts. 15 a 29 de la Constitución titulados “de los derechos fundamentales y de las libertades públicas». Por el contrario, parte de la doctrina estima, que la asistencia sanitaria constituye un auténtico derecho social fundamental, en línea interpretativa del art. 10.2 CE<sup>296</sup> que señala que «las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España». Entre estos el art. 35 de la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* se refiere al derecho de toda persona a beneficiarse de la atención sanitaria.

La idea del derecho a la salud reducido a un derecho de asistencia sanitaria ha producido un largo y fecundo debate doctrinal. Frente a esta noción de derecho a la salud como derecho a la asistencia sanitaria, autores como Lema, sostienen una posición

---

<sup>294</sup> PECES BARBA, G. *Los valores superiores*. Madrid, Tecnos, 1986, p. 163.

<sup>295</sup> JIMENEZ DE PARGA, M. *El derecho Constitucional a la protección de la salud*. En: «La Salud como Valor Constitucional y sus Garantías. Desarrollo y evolución del art. 43 de la Constitución Española». Madrid, Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, 2004. p. 11.

<sup>296</sup> RODRÍGUEZ-RICO, V. *La asistencia sanitaria en la Constitución Española*. 31 Jornadas Universitarias andaluzas de derecho del trabajo y relaciones laborales. Cádiz, 13 y 14 de diciembre de 2012. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/portal/c/document\\_library/get\\_file?uuid=afa01962-b12c-4fe5-a794-1df632762d5b&groupId=10128](https://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/portal/c/document_library/get_file?uuid=afa01962-b12c-4fe5-a794-1df632762d5b&groupId=10128)

contraria, configurándolo como un derecho justificado, universal y complejo<sup>297</sup>. Su propuesta se basa en un argumentario rico de matices, en el que hace una crítica exhaustiva a las tesis negacionistas del derecho a la salud. En sentido opuesto, defienden la tesis de un derecho universal a la asistencia sanitaria otros autores como Lora y Zuñiga<sup>298</sup>. Desde estas dos ópticas distintas revisan las “tesis clásicas”, de pensadores igualitaristas, utilitaristas y libertaristas, llegando a conclusiones diferentes.

Uno de los argumentos clave es que con la equivalencia de salud y asistencia sanitaria se está proponiendo de forma implícita un concepto restrictivo de salud, descontextualizado e incompleto. Como hemos señalado al principio de este capítulo, son muchas las definiciones de salud, y otros tantos los modelos de partida. Según se acepte uno u otro modelo, la justificación de un derecho a la salud, puede resultar más compleja. Lema toma como punto de partida de su crítica que con el concepto restrictivo se produce una aproximación entre “salud” y “ausencia de enfermedad” (visión de salud negativa). Entendemos por el contrario, que puede defenderse un derecho a la asistencia sanitaria, desde un concepto socio-ecológico de salud, mucho más amplio y comprensivo de los elementos sociales determinantes de la salud.

## **2. Equidad y desigualdad en el acceso a los recursos sanitarios.**

La esperanza media de vida de un niño que nazca hoy, puede ser de 45 años si nace en determinados países, o de prácticamente el doble (unos 80 años), si nace en otros. Nacer en un determinado país condiciona la forma de enfermar y la de envejecer. Igualmente, dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desigualdad social. De este modo, la salud o la enfermedad no se distribuyen por azar, sino que están fuertemente relacionadas por la estructura social, política y económica. De ahí la importancia, para un sistema sanitario y para cualquier país, de tratar de reducir esas desigualdades en salud.

---

<sup>297</sup> LEMA AÑON, C. Historia y concepto del derecho a la salud. En Salud, justicia y derechos. El derecho a la salud como derecho social. Madrid, Dykinson, 2010.

<sup>298</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la Justicia distributiva*. Madrid, Iustel, 2009.

El tema de la inequidad y de las desigualdades sociales en salud ocupó un lugar prioritario en las agendas políticas y de investigación en casi todos los países desde la aparición en el Reino Unido de los informes *Black*<sup>299</sup> y *Acheson*, que constataban la persistencia de amplias desigualdades en salud, entre la población, a pesar de más de 30 años de universalidad y gratuidad del Servicio Nacional de Salud.<sup>300</sup> En nuestro país se elaboró en 1981 un estudio pionero, dirigido por M. A. Durán<sup>301</sup>, titulado *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condiciones socioeconómicas en España*.

En efecto, para evitar la desigualdades en salud, debe atenderse tanto a la forma en que se distribuyen los recursos sanitarios (el término equidad va estrechamente asociado al principio de Justicia distributiva) como a la forma o contexto en el que se produce el acceso a los servicios sanitarios (equidad en el acceso a la salud). En el contexto de la medicina, por tanto, la equidad en salud se refiere a los problemas de distribución y de acceso de los recursos sanitarios.

Equidad no es lo mismo que igualdad; paralelamente, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La autora británica Margaret Whitehead,<sup>302</sup> define las inequidades en salud como “las diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas”. El término "inequidad" tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que además se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. Para la consideración de una desigualdad social tienen que concurrir dos condiciones: por una parte, que se la considere socialmente injusta y por otra, que sea potencialmente evitable en el sentido de que haya instrumentos para evitarla.

---

<sup>299</sup> En concreto, los datos aportados por el *Informe Black* en Gran Bretaña en 1980 confirmaron que, a pesar de la presencia del Servicio Nacional de Salud desde de 1948, los estratos socioeconómicos más bajos de

la población continuaban teniendo peor salud que la clase alta.

<sup>300</sup> RODRIGUEZ, M. URBANOS, R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Elsevier España. Barcelona: 2008. p.3.

<sup>301</sup> DURÁN, MA. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid, Tecnos, 1983. p. 11.

<sup>302</sup> WHITEHEAD, M. GÖRAN DAHLGREN, G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1. Publicado en inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2006 con el título *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Margaret Whitehead y Göran Dahlgren. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

La dificultad estriba en determinar que desigualdades son evitables o injustas en sí mismas. La equidad<sup>303</sup> es el estado, el ideal o la calidad de ser justo, imparcial, y correcto. No es la igualdad de la distribución sino la justicia en la distribución, lo que es importante en la definición. Aunque “igualdad” y “equidad” son términos a menudo utilizados como sinónimos, tienen dos significados diferentes y son conceptualmente muy distintos. Igualdad es uniformidad, y equidad es imparcialidad. En cualquier situación se requiere una justificación ética de porqué una cierta distribución constituye una inequidad.

Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. Implica en consecuencia, una valoración moral negativa. Rodríguez y Urbanos<sup>304</sup> citando a Paula Braveman afirman que: «*Una desigualdad/disparidad en salud es un tipo especial de diferencia en salud, o en los factores con mayor influencia sobre la salud, que podrían ser potencialmente moldeados por la política; es una diferencia en la cual grupos socialmente desventajados (tales como los pobres, las minorías étnicas, las mujeres [...]) sistemáticamente experimentan peor salud o mayores riesgos de salud que los grupos aventajados*».

Conforme a la evidencia empírica, pueden destacarse tres consideraciones principales:

1. Los pobres usan menos recursos públicos que los grupos de ingresos medianos y altos.
2. Existen grandes y desigualdades estructurales sanitarias entre grupos socio-económicos, tanto como por categorías de género y origen étnico, que sugieren conexiones entre los resultados sanitarios y una variedad de condiciones de vida, materiales y sociales.
3. Las desigualdades en el impacto de estos macro-determinantes sobre la salud y el bienestar general están aumentando.

---

<sup>303</sup> CASAS ZAMORA, JA. *Los Retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos*. En LOLAS STEPKE, F. (Editor) «Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.» Santiago de Chile:2000. Disponible en: <http://www.fri.bioetica.org/bibliografia/lolas2.pdf#page=51> Con acceso el 12/03/2012

<sup>304</sup> RODRIGUEZ, M. URBANOS, R. *op. cit.* p. 3.

Los fundamentos para rechazar las desigualdades en salud son los mismos que para rechazar otro tipo de desigualdades o injusticias, aunque la salud reviste unas características especiales. Por una parte, la salud tiene un valor intrínseco, además de instrumental. Por otro lado las desigualdades en salud, no incorporan ningún incentivo a que los individuos más favorecidos mejoren todavía más su salud, de la que se pueda beneficiar la sociedad<sup>305</sup>.

Operativamente, se diferencia entre “equidad horizontal”, como asignación de recursos iguales o equivalentes para necesidades iguales y “equidad vertical”, en cuanto asignación de distintos recursos para diferentes niveles de necesidad. La ruptura de la equidad tiene consecuencias para la salud. Drane,<sup>306</sup> ejemplifica el problema de manera contundente: En la nación más poderosa de la tierra, refiriéndose a EE.UU., algunos adultos mayores se privan de algunas comidas diarias para poder pagar sus medicamentos ya que necesitan sobrevivir.

Además, la inequidad en salud debe hacer frente a la llamada «crisis sanitaria». El cambio demográfico caracterizado por el envejecimiento, junto con el incremento del costo de las nuevas tecnologías, el aumento de patologías crónicas y discapacidades costosas de tratar, plantea un desafío a la hora de la distribución de recursos. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad. Téngase en cuenta que el objetivo final sería el que reza el preámbulo de la Constitución de la OMS, “*el disfrute de la norma más alta obtenible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano*”.

Alcanzar la equidad sanitaria requiere de unas acciones con unos objetivos concretos:

- Mejorar la situación sanitaria promedio de todos los países.
- Eliminar todas las desigualdades sanitarias evitables dentro de cada país.

La equidad en el acceso a los recursos sanitarios es una preocupación constante que recoge la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer* de 1979, que considera que los Estados firmantes tienen la obligación de

---

<sup>305</sup> RODRIGUEZ, M. URBANOS, R. *op. cit.* Pág. 5.

<sup>306</sup> DRANE, JF. *El Desafío de la Equidad: Una Perspectiva*. En LOLAS STEPKE, F. (Editor) *op. cit.* p. 75.

garantizar al hombre y la mujer la igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos. En lo que respecta al derecho de la salud, a lo largo de su articulado contiene varias menciones expresas.<sup>307</sup> Una Observación de la OMS al respecto del derecho a la salud,<sup>308</sup> contiene una interpretación inclusiva del derecho a la salud: además del derecho a una atención sanitaria contempla el derecho a un igual acceso a los determinantes sociales de la salud.

Conseguir la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Equidad suele utilizarse en el sentido de igualdad, pero en la concepción aristotélica; lo equitativo como forma mejorada de justicia. Como el término “inequidad” no está claramente admitido en castellano, algunos autores proponen el término “desigualdades sociales en salud” para traducir el término inglés “*inequity in health*”; es decir, la falta de equidad en la distribución de enfermedad.

La equidad como objetivo de la atención sanitaria implica:

- Igualdad de oportunidades en el acceso a la atención para igual necesidad
- Igualdad de utilización de recursos para igual necesidad
- Todos recibirán atención sanitaria de igual calidad

En general, concurren dos tipos de equidad hacia la que deben dirigirse las actuaciones sanitarias y no sanitarias: por una parte, la equidad en la salud, que supone la disminución de las desigualdades en salud por territorios, grupos de población (ancianos por ejemplo), etc. y la equidad en la atención, que supone la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud. Para ello, es una exigencia ética realizar una gestión eficiente, eficaz y equitativa.

---

<sup>307</sup> Así, el art. 11 f) establece “el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo...” y el art. 12.1: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condicione de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

<sup>308</sup> U.N. Doc. E/C 12/2000/4 (2000).

Para el Premio Nobel de Economía Amartya Sen<sup>309</sup>, la equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con lograr una buena salud y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria.

Para el logro de la equidad en salud debe prestarse atención a los factores determinantes, puesto que la pobreza sigue siendo la causa más grave de enfermedad en el mundo. Es decir, se debe procurar la creación de las mismas oportunidades para la salud, y a su vez, la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

Los determinantes de la desigualdad más destacados son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades. Relacionada con la desigualdad está el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante estereotipos”, que se denominan clasismo (clase social), sexismo (genero), ageísmo (edad avanzada) o racismo (étnia).

El acceso universal a una asistencia sanitaria de calidad es un requisito necesario, pero insuficiente para paliar las desigualdades de salud. El acceso equitativo y universal al sistema sanitario es necesario para asegurar la salud de la población, en cuanto que es un requisito para la igualdad de oportunidades. No obstante, el acceso al sistema sanitario es un requisito de justicia social, mientras que la verdadera equidad en salud se logra con una redistribución justa de los determinantes sociales en salud. La universalización de la cobertura sanitaria debe complementarse con la redistribución de la renta y con elementos correctores que corrijan las desigualdades.

---

<sup>309</sup> SEN, Amartya. *¿Por qué la equidad en salud?*. Rev Panam Salud Publica [online]. 2002, vol.11, n.5-6. pp. 302-309 . Disponible en: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en&nrm=iso)>.



Desde la perspectiva de la equidad, entendida como el acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva, algunas de las carencias que se han puesto en evidencia, se focalizan en la universalidad del sistema. Estas carencias van en dirección opuesta a la configuración de la asistencia sanitaria como un derecho público subjetivo, personal y no contributivo<sup>310</sup>.

El Real Decreto-ley 16/2012, matizando el concepto de asegurado, produce un alejamiento del sistema de financiación sanitaria universalista, apoyado en la carga tributaria soportada por todos los contribuyentes y no exclusivamente en las cotizaciones sociales. La universalidad es una idea distinta a la idea de gratuidad del sistema público sanitario. El gasto se sostiene por el conjunto de los administrados de acuerdo con su capacidad económica y mediante un sistema tributario basado en los principios de igualdad y progresividad. La exclusión del sistema sanitario de los inmigrantes irregulares es uno de los problemas que afecta a la igualdad en el acceso a la salud.

Una última consideración en lo que respecta al término equidad. Cabe distinguir el concepto de equidad en salud tal como ha sido descrito, del concepto de equidad como justicia, tal y como es entendido desde una perspectiva iusnaturalista. En efecto, el camino de la realización jurídica de la Justicia en la organización social, pasa con frecuencia, según palabras de De Castro,<sup>311</sup> por el territorio de la equidad. La equidad es en último término la Justicia contemplada en el momento de proyectar sus exigencias sobre la regulación de los casos o supuestos particulares. Si en términos muy amplios la justicia es dar a cada uno según sus méritos, la equidad es *juris legitimí enmendatio* (legítima corrección del derecho), según Aristóteles. La aplicación de la Justicia con estrictos criterios formalistas, puede conllevar resultados indeseados e injustos. Cuando la Justicia se encuentra ante casos peculiares y singulares, ha de ser flexible y adaptar sus exigencias generales, por lo que las consecuencias son distintas de las habituales. Esta es la razón por la que la equidad ha llegado a ser tratada como un principio jurídico con autonomía propia e incluso contrapuesta a la idea de Justicia. En rigor, es la propia Justicia con las peculiaridades de la aplicación a situaciones particulares.

---

<sup>310</sup> SOLANES CORELLA, A. *La salud como derecho en España: reformas en un contexto de crisis económica*. Derechos y libertades. Nº. 31, Junio 2014.

<sup>311</sup> DE CASTRO CID, B. *Problemas básicos de Filosofía del derecho: desarrollo sistemático*. op.cit. p. 173.

En última instancia la función de la equidad es hacer posible el restablecimiento de la igualdad exigida por la justicia general y amenazada por la propia generalidad abstracta de las normas jurídicas. La Justicia actúa desde una perspectiva eminentemente generalizadora. La aplicación de la Justicia prescindiendo de la consideración de ciertas peculiaridades en casos concretos conllevaría a una situación injusta. Por eso se dice de la equidad que es un principio regulador de la realización particular o individualizada del Derecho. Hablar en último extremo de equidad en el pensamiento filosófico, jurídico, ético y político contemporáneo pasa necesariamente por mencionar los conceptos de Justicia distributiva y la teoría de la justicia de Rawls.<sup>312</sup>

### **3. Envejecimiento activo.**

El término "envejecimiento activo" fue adoptado por la OMS a finales de 1990. La OMS definió el envejecimiento activo como «*el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*». Este término nace con el objetivo de transmitir un mensaje más amplio que el del «envejecimiento saludable» y reconocer los factores y sectores, además de la mera asistencia sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones.

El enfoque del «envejecimiento activo» está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas, de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización<sup>313</sup>. Lo que en esencia cambia es el enfoque "basado en las necesidades" (que asume que las personas mayores son objetivos pasivos) hacia un enfoque "basado en los derechos" en el que se reconoce el derecho a la igualdad de oportunidades y de tratamiento en todos los ámbitos del adulto mayor. Fomenta la participación de la persona mayor en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. De lo que se trata en definitiva, es de "empoderar" a las personas mayores, para que se conviertan en sujetos activos capaces

---

<sup>312</sup> Se tratará con más detalle en el capítulo 6.

<sup>313</sup> REGATO PAJARES P. A propósito del «envejecimiento activo» y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. Atención Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 77-79.

de tomar sus propias decisiones, fomentando su autonomía personal y desarrollando una actitud más participativa a nivel político y comunitario.

El término "activo" hace referencia a la participación continua de los adultos mayores, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente en lo laboral o participar en la mano de obra. Cada individuo que puede tomar decisiones con respecto a un estilo de vida sana debería tomar medidas para envejecer activamente. Las políticas deben dirigirse a tomar decisiones que contribuyan a mantener a las personas productivas y sanas a una edad avanzada. Vivir más años es a la vez un logro y un desafío perpetuo. El desafío por una mejor calidad de vida llama a las personas de edad a disfrutar de su independencia, tener relaciones sociales, participar en la vida comunitaria y tener acceso a servicios de salud. Se debe percibir el envejecimiento como un proceso natural y no como una catástrofe.

Sólo cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo, las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo será posible que<sup>314</sup>:

- Menos adultos mueran prematuramente en las etapas más productivas de la vida.
- Menos personas mayores sufran discapacidades y dolores relacionados con enfermedades crónicas.
- Más personas mayores sigan siendo independientes y disfruten de una calidad de vida positiva.
- Más personas mayores sigan colaborando productivamente en la economía y ámbitos sociales, culturales y políticos importantes de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica y familiar.
- Menos personas mayores necesiten tratamientos médicos costosos y atención sanitaria.

El año 2012 fue designado por la Unión Europea como el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la solidaridad intergeneracional. Su objetivo es animar a los Estados miembro a encontrar soluciones innovadoras para los problemas económicos, sociales y sanitarios de una población que envejece y a invitar a los mayores a seguir

---

<sup>314</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS); EDWARDS, PEGGY. 'Salud y envejecimiento. Un documento para el debate'. IMSERSO. 2001. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec04y05.pdf>

jugando un papel importante en la sociedad, además de fortalecer la solidaridad intergeneracional.

El libro blanco del envejecimiento activo, elaborado por expertos de diversas disciplinas y promovido por el Ministerio de Sanidad y Política Social y el IMSERSO, presentado en Madrid en octubre de 2010, le dedica en su parte cuarta a las principales líneas de actuación sobre políticas relacionadas con el envejecimiento activo<sup>315</sup>. A modo de resumen se pueden destacar las siguientes líneas de actuación en materia sanitaria:

- Promoción de políticas en respuesta a los desafíos demográficos.
- Desarrollo de un nuevo concepto de la persona mayor en la sociedad más ajustado a los derechos que como ciudadano le corresponden.
- Promoción del desarrollo individual y social a todo lo largo del ciclo de la vida.
- Establecer procedimientos de seguimiento y control de las imágenes “*edadistas*” y de acciones de discriminación en contra de las personas mayores especialmente en los ámbitos que más les afectan (salud y servicios sociales), así como en los medios de comunicación y publicidad por su trascendencia social.
- Promover acciones para el envejecimiento saludable sobre la base de que el individuo, con su trayectoria vital y sus actitudes personales, es agente principal en el proceso de su propio envejecimiento, que dura toda la vida.
- Políticas orientadas a la educación ciudadana y a los profesionales sanitarios.
- Políticas orientadas a la organización de dispositivos asistenciales en atención primaria y especializada.
- Promover la coordinación socio-sanitaria.
- Promoción y extensión del ejercicio físico a las personas mayores.
- Promoción de la educación a lo largo de toda la vida sin limitación de edades con el fin de que la persona mejore sus competencias y que disponga de más oportunidades para optimizarlas y utilizarlas.
- Promoción de las políticas de participación activa de los mayores en todos los ámbitos y en todos los niveles de la sociedad.
- Definición de nuevas políticas relacionadas con la imagen de las personas mayores.

---

<sup>315</sup> El libro blanco del envejecimiento activo. Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO. Madrid, 2010. Disponible en: [http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/Resumen\\_extracto\\_LIBRO\\_BLANCO\\_envej\\_activo\\_20101014.pdf](http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/Resumen_extracto_LIBRO_BLANCO_envej_activo_20101014.pdf)

- Mejora permanente del marco jurídico para lograr mayores cotas de derechos para las personas mayores y alcanzar una mejor protección de los mismos en los ámbitos administrativos y judiciales.
- Promoción de los servicios sociales de atención primaria y especializada.
- Proporcionar a los cuidadores profesionales y no profesionales, que mayoritariamente son mujeres y en un porcentaje importante de los no profesionales, mayores, los apoyos específicos que precisen para atender las necesidades derivadas del cuidado.

#### **4. La discriminación sanitaria en el adulto mayor.**

El Ageísmo está caracterizado en determinados contextos por su sutilidad. Esos difusos niveles en los que se desarrolla, alcanzan su máxima expresión en la asistencia sanitaria. El sistema del cuidado médico puede también perpetuar actitudes ageístas al tratar con personas mayores. Por ejemplo, un médico que trata a una persona mayor puede “desprenderse” de él o de sus quejas como referente a un proceso degenerativo del envejecimiento, en vez de la causa médica potencial del problema<sup>316</sup>. Es decir la edad se utiliza como criterio determinativo para resolver una cuestión del tratamiento, en lugar de la búsqueda más difícil para la causa real de la aflicción.

También es común cierto infantilismo o bebeísmo definido como una actitud que se manifiesta generalmente por el tuteo, por la simplificación excesiva de las actividades sociales o recreativas y por la organización de programas de actividades que no corresponden a las necesidades de los individuos. Es una manifestación del paternalismo sanitario tratar al enfermo como a un ser falto de firmeza (“*infirmus*”) y al anciano como a un niño. En el ámbito hospitalario es común dirigirse en tono afable al mayor como “abuelito” o “abuelita”, lo cuál puede ser visto por el sujeto como una merma de su dignidad.

Es frecuente «invisibilizar» al anciano en la consulta o en la visita hospitalaria. El médico habla directamente con los familiares, sin contar con el implicado (y titular del derecho a la salud). Pueden superponerse dificultades en la comunicación derivados

---

<sup>316</sup> EKERDT, DJ. (EDITOR) Encyclopedia of Aging. *op. cit* p. 64.

del paciente (déficits sensoriales, deterioro cognitivo), o por parte de los familiares que se atribuyen sin delegación expresa, la interlocución y capacidad de decisión<sup>317</sup>.

Ribera<sup>318</sup> habla de una renuncia a la exigencia de mantenerse digno en cualquier momento y circunstancia. Lo explica argumentando que se trata de una tendencia social, vivida también en el mundo sanitario y que puede arrastrar al propio individuo. En palabras de una geriatra que afirma que la entrada en la categoría de paciente geriátrico viene dada por el «*momento en el que el médico pierde interés por el estado de salud de su paciente*».

Según Ribera,<sup>319</sup> «con frecuencia se parte de un presupuesto que presupone que la edad debe ser una contraindicación para tal o cual decisión médica. Incluso se arguye a favor de tomar estas medidas con razones basadas en un supuesto beneficio del anciano: no molestarle, dejarle tranquilo, etc. En todo caso, casi siempre decidiendo en su nombre –el médico o la familia- y convirtiéndose, de esta forma, en intérpretes de su voluntad». Esto supone una ruptura del principio de autonomía y la versión más descarnada del paternalismo imperante en la relación clínica.

Igualmente se tratan de forma rutinaria a los adultos mayores en el ámbito sanitario de forma diferente que a la gente más joven. Los más viejos tienden a recibir un tratamiento médico menos agresivo que pacientes más jóvenes con los mismos síntomas. En 1997, la *U.S. General Accounting Office*<sup>320</sup> (GAO), divulgó al Congreso de los Estados Unidos, que la mayoría de los beneficiarios de Seguro de enfermedad diagnosticados con diabetes, no estaban recibiendo los análisis de sangre recomendados, los exámenes físicos y otros servicios de la investigación para supervisar la enfermedad. Entendemos que esta observación puede ser generalizada a los sistemas sanitarios de predominio privado agravado en la medida que las personas mayores, se encuentran por lo general, entre las clases sociales más desfavorecidas.

---

<sup>317</sup> M.Á. García Alhambra Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria/ Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(1):3–4.

<sup>318</sup> Ribera Casado, JM. *Dignidad de la persona mayor*. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2015;50(4):195–199.

<sup>319</sup> RIBERA CASADO, JM. *op. cit.* p. 413.

<sup>320</sup> La Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) es una agencia independiente, no partidista que trabaja para el Congreso, a menudo se encarga de investigar cómo el gobierno federal gasta dinero de los contribuyentes.

La salud es el resultado de los condicionantes personales que a su vez se ven influidos por el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas mayores. Los adultos mayores son más vulnerables a los problemas de salud que tienden a cronificarse por lo que requieren recursos específicos tanto humanos como tecnológicos. La asignación de recursos de la salud pública, en un entorno limitado, plantea un importante tema de justicia distributiva relacionado con la salud pública y el envejecimiento. La justicia distributiva exige que las personas reciban de acuerdo a sus necesidades y que las desigualdades favorezcan a los más necesitados.

Los contornos de este fenómeno son borrosos. En general salen a relucir en estudios descriptivos, aunque por tratarse de efectos “negativos” consideramos que pueden estar infradocumentados. Es común publicar estudios científicos con resultados positivos descartando los estudios con resultados negativos o con resultados adversos, lo cual es un problema a la hora de dimensionar su magnitud. En los estudios basados en el estudio del historial clínico, hay una mayor probabilidad de un registro menor de eventos negativos reflejados en la historia clínica.

El fenómeno de la discriminación sanitaria es un fenómeno global no solo exclusivo de nuestro país. Aunque empíricamente solo puede ser constatado en los países en donde se ha estudiado el fenómeno (predominantemente anglosajones)<sup>321</sup>. En España los estudios clínicos empiezan a interesarse por esta cuestión. De todas formas, el ageísmo sanitario sigue siendo un tema controvertido que se simplifica defendiendo dos tesis opuestas. Mientras que para unos autores, existe discriminación positiva en el adulto mayor debido al elevado uso de recursos sanitarios y obtención gratuita de fármacos, otros sostienen que existe clara discriminación negativa, por la escasa participación de los mayores en ensayos clínicos aleatorios, el acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos novedosos y una menor indicación de pruebas diagnósticas y terapéuticas que en el adulto joven.<sup>322</sup> Desde la perspectiva Bioética, puede argumentarse que la discriminación negativa vulnera el principio de justicia, y también los principios éticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia.

---

<sup>321</sup> RIPPON, I. KNEALE, D. DE OLIVEIRA, C. DEMAKAKOS, P. STEPTOE, A. Perceived age discrimination in older adults. *Age Ageing* (2014) 43 (3): 379-386 first published online September 26, 2013 doi:10.1093/ageing/aft146.

<sup>322</sup> GARCÍA ALHAMBRA, MA. *Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria*. *Revista Española de Geriatria Gerontológica*. 2012;47(1):3-4.

En atención primaria, las tres grandes áreas donde mayor puede expresarse son las siguientes<sup>323</sup>:

a) Promoción de salud en la comunidad o análisis de cuestiones referentes a epidemiología y factores de riesgo.

b) En la posibilidad de acceso a lo que suele conocerse como alta tecnología y a unidades especiales algo que habitualmente tiene lugar dentro del marco de la medicina hospitalaria.

c) En las diferentes formas de actuación terapéutica, especialmente en el campo de la farmacología y de la cirugía.

Hasta hace poco en España hablar de personas centenarias era una rareza anecdótica. La longevidad aumentó de forma espectacular en el último siglo. En la práctica médica diaria, la discriminación terapéutica por edad se expresa de muy diferentes formas, y la podemos encontrar en prácticamente todas las áreas de la atención clínica. Esta longevidad aceptada como tope cultural está incorporada al acervo común.

Convertir los años que restan de vida de una persona centenaria en una mera cuestión de probabilidad estadística, atentaría contra su dignidad. De ahí que muchas veces se presupone que la edad se convierte en una contraindicación de una decisión médica. Incluso se arguye a favor de tomar estas medidas con razones basadas en un supuesto beneficio del anciano: no molestarle, dejarle tranquilo. En los últimos años se ha reconocido plenamente que la salud puede ser fomentada y mantenida en los ancianos mediante la promoción de la salud, al contrario de lo que ocurría anteriormente.

---

<sup>323</sup> RIBERA CASADO, JM. op. cit. p. 413.



En la tabla 5 se exponen los principales ejemplos de desigualdad terapéutica por la edad, en distintos ámbitos y niveles. Esta variabilidad clínica no obedece a criterios científicos, sino que está sustentada en prácticas de base empírica.

Tabla 5. Principales ejemplos de discriminación terapéutica por la edad

**Adaptado de Gómez<sup>324</sup>**

Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión de los programas de promoción de salud y cribado</li> <li>• Ausencia de estudios de intervención sobre factores de riesgo</li> <li>• Ausencia de ensayos clínicos farmacológicos sobre población anciana</li> </ul>
Unidades de críticos y especiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios de edad para ingreso en UCI</li> <li>• Inclusión en Programa de diálisis</li> <li>• Cardiología intervencionista (ACTP y derivados)</li> <li>• Órdenes de No reanimación</li> <li>• Radiología intervencionista (angiografía, radioterapia)</li> </ul>
Procedimientos terapéuticos habituales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión para determinadas intervenciones quirúrgicas</li> <li>• Inclusión en listas de espera</li> <li>• Exclusión de protocolos de quimioterapia tumoral</li> <li>• Terapia farmacológica habitual (mayor iatrogenia, no utilización de determinados fármacos)</li> </ul>

Otro apartado que merece consideración especial son las listas de espera, de las que se dice que son, a juicio de Rodríguez, fundamentalmente listas de personas mayores<sup>325</sup> y así lo demuestra que los tres procedimientos que presentaban mayor tiempo de resolución a 31 de Diciembre de 2000 en los Hospitales Catalanes eran: Cataratas (4,94 meses), Prótesis de rodilla (21,55 meses) y Prótesis de cadera (6,31

<sup>324</sup> GÓMEZ PAVÓN, J. *¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad?* JANO extra abril 2003. VOL. LXIV N.º 1.474

<sup>325</sup> RODRIGUEZ ROVIRA, E.. *Salud y personas mayores: La discriminación sanitaria del mayor* CANTABRIA ACADEMICA nº 194. Academia de Medicina de Cantabria. Santander Diciembre 2004.

meses), como se ve, procesos asociados a la mayor edad.<sup>326</sup> Siguiendo en este autor, las listas de espera además de discriminar a las personas mayores discriminan también a las personas con rentas más bajas, como demuestra la encuesta Blendon (124 días de espera las personas de renta alta, contra 325 días de las personas con rentas más bajas), lo que conlleva a una doble discriminación, la de las personas mayores con bajas rentas. El fenómeno de la discriminación combinada no es nuevo. Podemos añadir otra realidad contundente a la luz de la estadística. Existe un mayor tiempo de espera según edad y sexo.

Debería ser objeto de análisis otras posibles fuentes de discriminación si diferenciamos por nivel de estudios, clase social del sustentador principal pero creemos que los datos hablan por sí solos. Téngase en cuenta que son las personas de las clases sociales más desfavorecidas, y en especial las mujeres mayores de 75 años las que perciben tener un peor estado de salud, presentan más trastornos crónicos, más riesgo de tener problemas de salud mental y más dependencia. El fenómeno descrito como la feminización de la pobreza va a provocar, por consiguiente, un peor estado de salud. Nosotros entendemos que la combinación de un perfil de paciente mujer, mayor edad, pobre, sin apoyos sociales puede ser nefasta si nos atenemos a las estadísticas.<sup>327</sup> Es de desear coincidiendo con Casalenti<sup>328</sup> que los eruditos de los estudios de las mujeres pueden explorar el proceso por el cual la persona mayor (y otras categorías de edad) envejecen dando un esfuerzo análogo al estudio de género o de la diferencia. Por supuesto, nuestra premisa es que ambos temas, edad y género pueden ser considerados por separado, pero estudiados simultáneamente. En esta línea, por citar un ejemplo la asistencia en el infarto agudo de miocardio en las mujeres revela diferencias con la prestada a los hombres. Sin embargo, estas presentan mayores factores de riesgo.<sup>329 330</sup>

---

<sup>326</sup> RODRIGUEZ ROVIRA, E. *op cit.* pp.22-23

<sup>327</sup> El concepto de discriminación múltiple se ampliará en el capítulo VIII.

<sup>328</sup> TONI CASLENTI et. al. *Ageism and Feminism: From "Et Cetera" to Center Ageism and Feminism.* NWSA Journal, Vol. 18 No. 1 (Spring) 2006.

<sup>329</sup> PEIRÓ ANDRÉS, A. SIERRA TALAMANTES, C. MUÑOZ IZQUIERDO; A. et alt. *La demora en la aplicación del tratamiento del infarto agudo de miocardio. Estudio por sexos.* Enferm Cardiol. Año XII: (34): 25-28. 2005

<sup>330</sup> En el Reino Unido, la discriminación en la especialidad de cardiología ha sido estudiada en profundidad por Ann Bowling. BMJ 1999; 319; 1353-1355, siendo un referente de lectura necesaria.

Esta triple asociación entre salud, edad avanzada y discriminación ha sido puesta de manifiesto dentro del Plan de Acción Internacional de la II Asamblea sobre el Envejecimiento de Madrid, de Abril 2002 donde los estados miembros formularon el compromiso a adoptar medidas a todos los niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios<sup>331</sup>.

A todo lo dicho cabe añadir un dato preocupante que es la existencia de una única cátedra de Geriátrica en las 27 facultades de Medicina existentes en España.<sup>332</sup> Este dato es de especial relevancia si se tiene en cuenta que la población española mayor de 65 supera a la de niños y adolescentes, por lo que en correspondencia cabría esperar que el número de pediatras con el de geriatras fuera equiparable. Parece obvio que las personas mayores serían susceptibles de beneficiarse del ingreso en unidades específicas de Geriátrica, mejor preparadas para abordar, junto a la mayor edad, una mayor proporción de problemas sociales (ancianos que viven solos, institucionalizados, escasos recursos sociales), menor independencia para realizar las actividades de la vida diaria, mas enfermedades mentales (deterioro del estado cognitivo y depresión)

Por último, la edad cronológica no es un buen criterio para la toma de decisiones clínica ni tampoco para el racionamiento o la exclusión de determinados tratamientos. Y es que comienza a existir cada vez mayor evidencia al respecto. Además de una negación a la igualdad de trato ante la ley, se perturba la solidaridad entre individuos de una comunidad<sup>333</sup>.

---

<sup>331</sup> Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Naciones Unidas. Nueva York, 2002. Así en su artículo 5 se determina que “Reafirmamos el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover la democracia, reforzar el estado de derecho y favorecer la igualdad entre hombres y mujeres, así como promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo. Nos comprometemos a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad. Asimismo, reconocemos que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades. Estamos decididos a realzar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y a eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia

<sup>332</sup> CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOMA). *La discriminación sanitaria de las personas mayores*. CEOMA 2005. Madrid. Consultado en: <http://www.imsersomayores.csic.es/servlets/ServletBuscaDocuPre?t=Pre&let=L>

<sup>333</sup> LOEWY, EH..Age Discrimination at its Best: Should Chronological Age be a Prime Factor in Medical Decision Making? *Health Care Analysis*, Vol. 13, No. 2, June 2005

#### 4. 1. Ageísmo en oncología.

La discriminación por (razón de) edad sigue presente a la hora de administrar tratamiento oncológicos curativos. Son numerosos los estudios que demuestran tener una eficacia similar en jóvenes y ancianos, de la quimioterapia, y con cifras similares incidencia de efectos secundarios para ambos grupos. La edad cronológica no debe marcar la toma de decisiones en el tratamiento del cáncer. La insuficiente investigación que se ha realizado hasta el momento y la infrarrepresentación de los ancianos en los Ensayos Clínicos facilita esta situación y perpetúa ese sesgo<sup>334</sup>.

Un estudio realizado en 1996<sup>335</sup>, por ejemplo, sugiere que las mujeres de edad tienen menor probabilidad de recibir la radiación y la quimioterapia después de la cirugía del cáncer de pecho, aunque tienen mayor riesgo que mujeres más jóvenes de morir de la enfermedad. En este sentido diversos autores<sup>336</sup> han advertido que las ancianas tienen una menor probabilidad de recibir el tratamiento estándar para su enfermedad, incluso tras considerar factores condicionantes como la comorbilidad, el estado cognitivo, el estado funcional o el apoyo social. Más recientemente, Feliu y González<sup>337</sup> han señalado “que cuanto más avanzada es la edad, menos posibilidades hay de que se les extirpe el tumor mamario y cuando se opta por la cirugía, se modifica la técnica quirúrgica de manera que disminuye la realización de la cirugía conservadora de mama y se omite el estudio de la afectación ganglionar axilar (factor este último clave para decidir el tratamiento coadyuvante más adecuado).

En este sentido, es frecuente que no se administre radioterapia coadyuvante y que disminuya el empleo de la quimioterapia. La consecuencia inmediata de este abordaje terapéutico subóptimo es que la mortalidad por cáncer de mama aumenta con la edad y eso a pesar de existir evidencia científica consolidada que avala que las pacientes ancianas son capaces de tolerar la cirugía y la anestesia con una morbilidad

---

<sup>334</sup> ESTRELLA JD, et al. *Discriminación por edad en los tratamientos oncológicos de ancianos con cáncer de colon y mama. Estudio de casos y controles*. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2005; 40 (2):78-84.

<sup>335</sup> UHLENBURG, P. HAMIL-LUKER, J. *Age Discrimination*. En «Encyclopedia of Aging». EKERDT, DJ. New York Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002. p. 28.

<sup>336</sup> CRIVELLARI, D. AAPRO, M. LEONARD, R. VON MINCKWITZ, G. BRAIN, E. GOLDBIRSCHE, A. et al. Breast cancer in the elderly. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;25:1882-90.

<sup>337</sup> FELIU, J. GONZÁLEZ-MONTALVO, JI. Controversias en el manejo del cáncer de mama en mujeres de edad muy avanzada *Revista Española Geriatría y Gerontología*. 2012;47(5):191-192.

reducida y una mortalidad prácticamente nula. A mayor abundamiento, del tratamiento subóptimo, cabe citar los estudios de Molina-Garrido<sup>338</sup> (2011) y Estrella<sup>339</sup> (2005), en este último caso, en mayores de 75 años con cáncer de colon y mama. En suma, el cáncer es un problema de salud importante en las personas de edad avanzada. Paradójicamente, las personas mayores que sufren de cáncer a menudo son excluidos de los ensayos clínicos y se tratan menos en comparación con los pacientes más jóvenes<sup>340</sup>.

#### **4.2. Ageísmo en la prescripción farmacológica.**

Una de las consecuencias fundamentales del mantenimiento de actitudes ageístas hace referencia a la utilización de pautas terapéuticas distintas en función del grupo de edad al que se pertenezca, aún no estando justificadas tales diferencias. Losada Baltar,<sup>341</sup> citando los estudios de Krumholz, Rathore y otros, refiere que se receta menos a las personas mayores determinados tipos de medicamentos para problemas cardiovasculares, aun existiendo una mayor prevalencia e incidencia de trastornos vasculares. Este mismo patrón se encuentra al analizar los casos de polimedicación,<sup>342</sup> frecuentes en los ancianos. No todos los fármacos prescritos tienen una indicación y no todos los fármacos administrados tienen una eficacia demostrada, estimándose que el 97% de los ancianos que viven en residencias y el 61% de los que viven en domicilio consumen un fármaco inapropiado o inadecuado. Según el estudio de Blasco et al., el 52,3% de la población estudiada toma algún fármaco no indicado, no recomendado o con baja utilidad terapéutica, estando este consumo asociado con más frecuencia a aquellos que mas patologías tienen y a los que proceden de residencias de ancianos. Las residencias de ancianos parecen jugar un papel importante en la mala prescripción y el excesivo uso de medicación no indicada, inapropiada o inadecuada para el paciente anciano.

---

<sup>338</sup> MOLINA-GARRIDO MJ, GUILLÉN-PONCE C. Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011, doi:10.1016/j.regg.2011.06.0070.

<sup>339</sup> ESTRELLA JD, et al. Discriminación por edad en los tratamientos oncológicos de ancianos con cáncer de colon y mama. Estudio de casos y controles. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(2):78-84.

<sup>340</sup> SCHROYEN, S et al. "Ageism and Its Clinical Impact in Oncogeriatrics: State of Knowledge and Therapeutic Leads." Clinical Interventions in Aging 10 (2015): 117–125. PMC. Web. 6 Nov. 2015.

<sup>341</sup> LOSADA BALTAR, A. "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 14. 2004.

<sup>342</sup> BLASCO PATIÑO, F. MARTÍNEZ LÓPEZ DE LETONA J. VILLARES P. JIMÉNEZ AI. *El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–N.º 6-2005.

La exclusión de la persona mayor de los ensayos clínicos motiva que a la hora de aplicar los fármacos en condiciones reales de práctica clínica se desconozca su eficacia, y a pesar de eso se aplican, a menudo de forma poco justificada. Las consecuencias de la polimedición van más allá de lo puramente asistencial, ya que llevan asociadas una mayor mortalidad, peor calidad de vida y dependencia siendo considerables sus implicaciones éticas, legales y económicas<sup>343</sup>.

Por otra parte, según Blasco, hay un marcado consumo de fármacos no justificados, innecesarios, o de baja utilidad terapéutica (alrededor del 51 %). Un tercio de los pacientes presentaba un Evento Adverso Farmacológico (EAF) al ingreso. La mortalidad recogida por EAF es del 3%. El 70% de los EAF son evitables, bien mediante un seguimiento adecuado de los fármacos prescritos, mediante la retirada de aquellos fármacos que son innecesarios o bien evitando el uso de medicamentos inadecuados para el anciano, para sus patologías o de baja utilidad terapéutica<sup>344</sup>.

### **4.3. Ageísmo en Cardiología.**

Un artículo pionero describiendo la situación discriminatoria en Cardiología se lo debemos a Ann Bowling<sup>345</sup>. En este texto se constataba que siendo las enfermedades cardiovasculares una causa común de muerte y discapacidad entre las personas mayores, si estás se seleccionaban adecuadamente era probable que se obtuvieran beneficios sustanciales en cardiología intervencionista. Se constataba además que se producían mayores tasas de intervenciones entre las personas más jóvenes que entre las personas mayores, a pesar de que la prevalencia de enfermedad cardiovascular era considerablemente mayor entre este último grupo. Las personas mayores, y en especial las mujeres dentro de este grupo, tienen una menor propensión a que se les indiquen o prescriban según Bowling:

- Eco-cardiografías
- Analíticas para medir concentraciones de colesterol

---

<sup>343</sup> GAVILÁN-MORAL, E. et al. *Ancianos frágiles polimedicados: ¿ es la deprescripción de medicamentos la salida?* Revista Española Geriatria Gerontología. 2012;47(4):162–167.

<sup>344</sup> BLASCO PATIÑO, F. *Sobremedicación de los pacientes ancianos. Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario.* Madrid, Universidad Autonoma de Madrid (tesis doctoral), 2004.

<sup>345</sup> BOWLING, A. *Ageism in cardiology.* British Medical Journal. 1999;319;1353-1355.

- Tratamiento quirúrgico
- Tratamiento trombolítico

Los médicos internistas y geriatras atienden a pacientes de más edad que los cardiólogos, y también a una mayor proporción de mujeres que éstos.<sup>346</sup> Atender a más mujeres no se debe a sexismo en la selección de pacientes, sino a su mayor edad. Esto tiene una consecuencia directa. Debido a la diferente estrategia terapéutica, existe una clara diferencia en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca por servicios. Los cardiólogos, según García Castelo et. alt., utilizan con más frecuencia los bloqueadores beta y el intervencionismo diagnóstico y terapéutico. Esto no parece tener una diferente mortalidad hospitalaria pero puede tener consecuencias de pronóstico y una mejor calidad de vida futura para el paciente.

En el caso de la fibrilación auricular (FA) en los pacientes ancianos, estaría indicada en la mayoría de ellos la anticoagulación oral, ya que la población anciana tiene un alto riesgo de ictus y de embolias sistémicas.<sup>347</sup> Según algunos estudios,<sup>348</sup> la anticoagulación oral estaría infrutilizada en este grupo etario, estimándose en un 50% los pacientes que con indicación de anticoagulación no la reciben.

En este mismo sentido, un estudio de 2014 realizado en nuestro país, de Hernández et alt, de similares resultados, constata además, la baja proporción en la prescripción que suponen los nuevos anticoagulantes orales<sup>349</sup>. Evidencias recientes en atención primaria sugieren que se prescribe un menor porcentaje de estatinas

---

<sup>346</sup> GARCIA CASTELO, A. MUÑIZ GARCÍA, J. SESMA SANCHEZ, P. CASTRO BEIRAS, A. *Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca: influencia del servicio de ingreso (estudio INCARGAL)*. Revista Española Cardiología 2003; 56 (1): 49-56

<sup>347</sup> PÁRAMO JA. Nuevos anticoagulantes orales: el dilema de la anticoagulación en el anciano. Medicina Clínica (Barc). 2013;141(8):346--8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-medicina-clinica-2-articulo-nuevos-anticoagulantes-orales-el-dilema-90232517>.

<sup>348</sup> TULNER L, CAMPEN JV, KUPER I, GIJSEN G, KOKS C, GILLAVRY M, et al. Reasons for undertreatment with oral anticoagulants in frail geriatric outpatients with atrial fibrillation. Drugs Aging. 2010 Jan;27(1):39-50.

<sup>349</sup> HERNÁNDEZ, V. et al. Infrutilización de la anticoagulación oral en el paciente octogenario con fibrilación auricular: perspectiva desde la práctica clínica real Revista Colombiana Cardiología. 2015;22(5):231-234.

(medicamentos para reducir el colesterol en sangre) en pacientes envejecidos con cardiopatía isquémica que en pacientes más jóvenes<sup>350</sup>.

#### 4.4. Discriminación en el cuidado final de la vida.

La discriminación de edad en el cuidado al final de la vida significa que se priva a un mayor número de personas mayores de tener una muerte digna, según sugiere una investigación recientemente publicada.<sup>351</sup> Según este estudio, referido a la ayuda al anciano en el entorno de los cuidados paliativos, el nivel y calidad del cuidado provisto a pacientes mayores que estén muriendo es sumamente inferior al proporcionado a una gente más joven. La oportunidad de entrar en un *hospice*,<sup>352</sup> por ejemplo, declina con la edad. Según datos de este estudio, solamente un 8.5 % de gente mayor con cáncer mueren en los *hospices* comparados con el 20 % de todas las víctimas del cáncer. También se dice en este estudio, que mucha de esa gente mayor que muere en el hospital, lo hace en las salas compartidas (ruidosas se dice) en donde las enfermeras y los doctores ocupados tienen poco tiempo que dedicarles. También se encontró en esos ancianos que morían, que raramente recibían cuidado del especialista.

La simple idea del racionamiento del cuidado al final de la vida causa consternación. A menudo se les achaca ser el grupo más numeroso de usuarios del servicio médico y que suponen un enorme gasto para el Sistema de Salud, olvidándose de decir que, en general, son el grupo que ha estado cotizando durante más tiempo.

Este hecho concreto que afecta al anciano en la fase final de su vida ha sido descrito por Marcos del Cano<sup>353</sup> como «otra de las razones que pueden estar en la base de las peticiones de eutanasia y que hace que, precisamente, por su frecuencia, la

---

<sup>350</sup> DALAL, H. EVANS, PH, CAMPBELL, JL, Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *BMJ* 2004;328:693-697 (20 March), doi:10.1136/bmj.328.7441.693

<sup>351</sup> ANÓNIMO. *Ageism robs older people of end-of-life dignity, says new study*. *Nursing Older People*, Jul2005, Vol. 17 Issue 5, p4, 1p.

<sup>352</sup> El concepto de hospice inglés contemporáneo ofrece un programa comprensivo del cuidado a los pacientes y a las familias que hacen frente a una enfermedad amenazadora de la vida. El hospice es sobre todo un concepto del cuidado, no un lugar específico de cuidado. El hospice acentúa el cuidado paliativo más que el tratamiento curativo; calidad más bien que cantidad de vida. Se conforta el morir.

<sup>353</sup> MARCOS DE CANO, AM. *La Eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*. Marcial Pons. Ediciones jurídicas y sociales S.A. Madrid. 1999. p.15.



*reflexión sobre la misma se vuelva especialmente importante»...«con la modificación sufrida por la muerte en nuestros días, el anciano, el enfermo cada vez vive más en una absoluta soledad».* De ahí que según esta autora, la petición de ayuda al morir esconde una innegable solicitud de ayuda y consuelo, lo que guarda relación con la soledad de los ancianos, consecuencia de la rotura de los núcleos sociales y familiares.

Son los ancianos más frágiles (de mayor edad) y crónicos los que requieren cuidados médicos con una mayor frecuencia. Y los cuidados médicos son proporcionados a la baja. Las variaciones en las decisiones clínicas tomadas en base de la edad del paciente, se producen por los umbrales que diferencian, según el riesgo de cada intervención, cuando existe incertidumbre clínica. Estas variaciones son mucho más evidentes en el caso del grupo de las mujeres. El estereotipo de mujeres ancianas en la asistencia médica, aunque a menudo es sutil, puede tener efectos de gran envergadura en el estado de salud de estas mujeres. Las metodologías de la investigación que prevalecen se centran en procesos de la enfermedad y descuidan su experiencia subjetiva.<sup>354</sup> Con lo que se hace patente una vez más la interacción combinada de dos formas discriminatorias: el ageísmo y el sexismo.

#### **4.5. Discriminación y trasplante de órganos.**

Una posibilidad terapéutica crucial en nuestros días es la relativa al trasplante de órganos. Ello ha sido objeto de amplios debates éticos, sobre todo en orden a la escasez de órganos para trasplante. Cuando se trata de escoger entre la vida de una persona y la de otra sería deseable criterios objetivos y no con algún sesgo discriminatorio pretendidamente científico. En efecto, el estudio de Palomar et al., concluye que la edad del receptor del trasplante renal, en nuestro caso, del paciente de mayor de edad, no tiene influencia significativa en la incidencia o severidad del rechazo agudo. La supervivencia a injerto en el receptor de edad avanzada está claramente influida por la asignación de donantes añosos para ese grupo.<sup>355</sup> Es decir, que las complicaciones están en función de la edad del donante y no tanto guardan relación con la edad del receptor. Sin embargo, a la hora de distribuir los órganos este dato no se tiene en cuenta,

---

<sup>354</sup> SHARPE PA. *Older women and health services: moving from ageism toward empowerment.* Women Health. 1995;22(3):9-23

<sup>355</sup> PALOMAR; R et al. *Influencia de la edad del receptor en la evolución del trasplante renal.* NEFROLOGÍA. Vol.. XXI. Núm. 4. 2001.

asignando órganos de pacientes añosos a los pacientes de edad, disminuyendo así las posibilidades de éxito del trasplante. Téngase en cuenta que con el aumento de supervivencia de la población en general que se ha producido en las últimas décadas, también ha aumentado la inclusión de pacientes añosos en los programas de diálisis. Otras veces, la edad interviene como contraindicación de carácter relativo al trasplante renal,<sup>356</sup> lo que deja una puerta abierta a la desigualdad.

#### **4.6. Discriminación en Medicina Intensiva.**

Diferentes estudios analizando aspectos generales de la mortalidad en pacientes ancianos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sugieren que la edad en sí misma no es un factor por el que haya de limitarse el ingreso en las UCI o la aplicación de ventilación mecánica siendo los determinantes de una peor evolución, la gravedad del proceso agudo y el deterioro de su estado crónico de salud.<sup>357</sup> En este sentido hay una base de evidencia sólida acerca de los pacientes más añosos se benefician de las unidades de cuidados críticos. Los estudios han demostrado,<sup>358</sup> que la severidad de la enfermedad es un factor predictivo del resultado de cuidados intensivos, pero no así la edad. Las personas de mayor edad pueden tener una capacidad funcional peor en la admisión en UCI, pero la proporción de pacientes mayores que se recuperan y su índice de recuperación es igual que para pacientes más jóvenes. Las revisiones de Chelluri de la literatura con respecto a cuidados intensivos concluyen que no hay diferencia entre los viejos (70-85 años) y los muy viejos (sobre 85 años) en términos de la mortalidad o en calidad de vida percibida. Incluso se ha sugerido que los sobrevivientes mayores están mejor motivados en la rehabilitación y manifiestan una mayor satisfacción de su progreso que sobrevivientes más jóvenes.

Existe la percepción de que los médicos intensivistas son reacios a ocupar camas de intensivos con pacientes mayores, en relación con pacientes más jóvenes, ya que al considerar la posibilidad de ingreso en una UCI se suelen valorar situaciones extremas,

---

<sup>356</sup> SANCHEZ FRUCTUOSO, AI. PRATS, D. *Evaluación del potencial receptor de un trasplante renal*. Clínicas Urológicas de la Complutense, 7, 237-261, Servicio de Publicaciones. UCM. Madrid. 1999.

<sup>357</sup> LOPEZ-MESSA, JB. *Envejecimiento y Medicina Intensiva*. Med. Intensiva, 2005; 29(9); 469-74.

<sup>358</sup> RUTH E. HUBBARD, RONAN A. LYONS, KEN W. WOODHOUSE, SHARON L. HILLIER, KATHIE WAREHAM, BRUCE FERGUSON, ED MAJOR. *Absence of ageism in access to critical care: a cross-sectional study*. Age and Ageing 2003; 32 (4) : 382-387.

como el hecho biológico de tener una menor probabilidad de vida.<sup>359</sup> Por lo general, los intensivistas se atienen a esas razones para dificultar el ingreso en unidades especiales o, incluso, desestimarlos directamente. Si bien la mortalidad general de la UCI bordea en la actualidad el 30% (Suárez 1998),<sup>360</sup> con los viejos acreditando peores perspectivas evolutivas ante la enfermedad y peor respuesta terapéutica, especialmente ante el fracaso multiorgánico establecido. Sin embargo, para determinados subgrupos de patologías, los cuidados intensivos son tan efectivos en la reducción de mortalidad como en el joven, obteniéndose buenos resultados si la selección previa ha sido racional. Esto nos lleva a afirmar que el criterio de edad, ampliamente asentado como criterio de ingreso en unidades especiales debe ser desechado.

#### **4.7. Discriminación del anciano con deterioro cognitivo.**

Las actitudes y comportamientos estigmatizantes más penetrantes aparecen en el contexto de la demencia y el deterioro cognitivo. Uno de los problemas de mayor prevalencia en personas de edad avanzada, es la demencia y el deterioro cognitivo. Un porcentaje alto de ancianos en residencias geriátricas presenta algún tipo de deterioro cognitivo o demencia. Algunos países, están promoviendo el uso de lenguaje normalizado para hacer frente al ageísmo. El propio término “demente” es peyorativo y falta de rigurosidad<sup>361</sup>.

Hay diferentes grados de deterioro cognitivo y también de demencia. En general, se tiende a asumir que el paciente con este tipo de patología es incapaz de tomar decisiones por sí mismo. En general, se despoja a los ancianos de su autonomía, con tratos no apropiados para su edad. Las personas con Alzheimer u otras patologías neurológicas tienen los mismos derechos y se les deben aplicar el Consentimiento Informado, y no dar por hecho que son incapaces. Este tema nos remite al capítulo que trataremos de la autonomía plena y limitada.

---

<sup>359</sup> SUÁREZ ALVAREZ, JR. *Medicina intensiva geriátrica proporcionada*. En GÓMEZ RUBÍ, JA., ABIZANDA CAMPOS, R. (Coord.). *Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*. Edikamed. 1998. Barcelona.

<sup>360</sup> SUÁREZ ÁLVAREZ *op. cit.* p. 133

<sup>361</sup> DOBBS, DEBRA et al. “An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living.” *The Gerontologist* 48.4 (2008): 517–526.

## 5. Maltrato y Violencia contra las personas de edad.

### 5.1. Concepto de Maltrato a personas de mayor edad.

El problema del maltrato de las personas de edad ha recibido cada vez más atención pública desde principios de los años ochenta. En una hipotética escala de discriminación por edad, al maltrato al anciano le correspondería un nivel más alto o en palabras de Pilar Quiroga,<sup>362</sup> sería el paso siguiente. Como forma discriminatoria, comparte características comunes a la violencia doméstica, la violencia de género o el maltrato infantil.<sup>363</sup> El maltrato tiene mucho que ver con los contextos familiares desde los que se propicia y hacia los que va dirigido. Así, un tratamiento genérico y global del maltrato, en palabras de Martínez Maroto, hubiera sido siempre mucho más adecuado a la realidad social, que la vertebración por franjas etarias, por género o por cualquiera otra circunstancia. El que maltrata, lo hace por múltiples razones, entre las que sobresale la fragilidad del receptor del maltrato y ahí está lógicamente la figura de la persona mayor, tantas veces objeto del maltrato.<sup>364</sup>

El maltrato a ancianos es un problema social. Aunque se dispone de poca información sobre la magnitud del maltrato de ancianos, las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 1% y el 12% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos<sup>365</sup>. Se estima que la

---

<sup>362</sup> QUIROGA MÉNDEZ, P. *El maltrato a los ancianos paso siguiente a la discriminación a los mayores*. Ponencia del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que se celebró bajo el lema "Discriminación por edad". CEOMA. Madrid. 2005

<sup>363</sup> Según Quiroga Méndez en todos ellos no existe apenas la denuncia, ser víctima ocasiona culpabilidad, se produce aislamiento social, el maltratador es alguien que tiene lazos familiares o afectivos con el maltratado, y es una situación de flagrante injusticia contra los sujetos más débiles o más debilitados de una sociedad, injustificable e intolerable en un estado que tiene la responsabilidad de proteger a sus ciudadanos. En el caso del maltrato a ancianos, como hemos señalado la situación es todavía muy poco visible. No es visible porque se refiere a los ancianos; no es visible aunque no es fácil entender lo que está ocurriendo: no hay presencia social de los ancianos para que ellos mismos lo puedan denunciar, y no es visible porque nadie se ocupa de poner medidas radicales contra este desconocimiento.

<sup>364</sup> MARTÍNEZ MAROTO, A. "El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 40. 2005. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>

<sup>365</sup> Más información en: MOYA, Antonio. BARBERO, Javier (coord.) *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; SANCHO, Mayte (dir) *Estudio de Prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco*. Bilbao, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011; BAZO, MT. *Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(1):8-14.

prevalencia media se situaría en torno al 6%. Este dato nos da la posible dimensión en nuestro país, ya que sobre un censo (datos del 2014) de 8.442.427 personas mayores de 65 años, representaría alrededor de 506.545 ancianos víctimas de malos tratos.

En hospitales y residencias de ancianos, el maltrato es más frecuente cuando los niveles de atención son bajos, el personal está mal preparado o tiene exceso de trabajo, las interacciones entre el personal y los ancianos son difíciles o el entorno físico es deficiente. En ese contexto, las políticas favorecen más a los intereses del centro que a los internos. A mayor abundamiento, son pocos los profesionales sanitarios que han recibido formación específica para diagnosticar maltrato en los ancianos. Por otra parte las instituciones sanitarias no consideran prioritaria su detección.<sup>366</sup> La mala atención, la negación de la intimidad, de la dignidad y el respeto, así como el sufrimiento innecesario experimentado por los pacientes de edad avanzada hospitalizados, incluyendo la incapacidad para escuchar las quejas de los pacientes, son manifestaciones de la incapacidad profesional para hacer frente a este problema.

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término «*granny battering*», que podría traducirse como «abuelita golpeada». Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales.<sup>367</sup>

A falta de una definición universal aceptada, las definiciones actuales de los malos tratos contra las personas de edad reflejan distinciones entre lo que se considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento interpersonal y comunal en diferentes sociedades. Las percepciones y definiciones de la violencia y los malos tratos contra las personas de edad, varían según las distintas sociedades y dentro de una misma sociedad. Una definición de la OMS, conocida como “Declaración de Toronto” para la prevención global del maltrato de las personas mayores, entiende como maltrato a

---

<sup>366</sup> *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

<sup>367</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS) El maltrato de las personas mayores. Capítulo 5 del Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588 Organización Panamericana de la Salud, Washington. 2003. [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm)

personas mayores: «la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza». Esta definición de maltrato de las personas de edad ha ido ganando apoyo en los últimos 20 años.

Para Martínez Maroto,<sup>368</sup> desde una perspectiva jurídica, se podría definir el maltrato como «aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo».

Por su parte, el *National Center of Elder Abuse*,<sup>369</sup> lo definió en 1995,<sup>370</sup> como «cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente».

Para Hudson citado por Bover,<sup>371</sup> «Es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida de la persona mayor».

Las anteriores definiciones sugieren un concepto de difícil definición, que lleva implícito consideraciones culturales, del que no obstante podemos extraer unas características comunes, como la indiferencia de que la acción se produzca en el ámbito familiar o en el institucional, que se produzca por acción o por omisión, que sea único o repetido, en base a una relación de confianza, que de cómo resultado una vulneración a

---

<sup>368</sup> MARTÍNEZ MAROTO op. cit.

<sup>369</sup> Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano

<sup>370</sup> PINILLA FERNÁNDEZ-CASTAÑÓN, M. CIELOS CORTÉS, MJ. *Maltrato al anciano con demencia*. GEROSAGG 2004; Vol. 2 Num.1

<sup>371</sup> BOVER BOVER, A. ET ALT. *El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y estrategias de intervención*. Aten. Primaria, 2003; 32 (9):541-51.

la integridad física o psíquica de quién lo padece y sobretodo, que suponga una violación de los derechos humanos.

La discriminación por motivo de edad y de género también influye, por lo que se ha observado, en la vulnerabilidad de las personas de edad. Entre los factores que pueden contribuir a la vulnerabilidad de estas personas en determinados entornos figura el abandono de la tradición, la pérdida del papel moderador de los “ancianos” que antaño eran respetados en la familia y en la comunidad. Antes, los ancianos eran venerados porque representaban la memoria colectiva. La tecnología y el rápido intercambio de información les han relegado de su función ancestral. Los adultos mayores no cumplen ya esa función. Las personas de edad pueden estar expuestas a malos tratos, durante períodos de cambio de los valores familiares, que pueden debilitar los lazos inter-generacionales.

Las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad, propuestas desde la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana, tienen como objetivo garantizar las condiciones de acceso efectivo a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, sin discriminación alguna, englobando el conjunto de políticas, medidas, facilidades y apoyos que permitan a dichas personas el pleno goce de los servicios del sistema judicial. Estas reglas en su sección 2, cuando definen el concepto de vulnerabilidad señalan que: *«se consideran en condición de vulnerabilidad aquellas personas que, por **razón de su edad**, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico»*. *«El envejecimiento también puede constituir una causa de vulnerabilidad cuando la persona adulta mayor encuentre especiales dificultades, atendiendo a sus capacidades funcionales, para ejercitar sus derechos ante el sistema de justicia»*.

Se ha comprobado que se produce maltrato de las personas mayores en los establecimientos de atención permanente (como los hogares de ancianos, los establecimientos de atención residencial, los hospitales y los centros de atención ambulatoria) de casi todos los países donde existen este tipo de instituciones. En entornos más desarrollados se ha elaborado una variedad de respuestas para combatir

los distintos tipos de maltrato de las personas de edad, entre las cuales figuran programas de sensibilización del público, legislación nueva, acciones judiciales y programas de intervención y prevención. En algunas zonas menos desarrolladas se han aplicado respuestas similares aunque, debido a la limitación de recursos, éstas han sido menos amplias.

<b>Tabla 6.</b> Tipología del maltrato a ancianos	
Malos tratos físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo de golpes, uso innecesario de restricciones o confinamientos inadecuados</li> </ul>
Malos tratos emocionales o psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agresión verbal, falta de respeto mediante insultos</li> <li>• Falta de respeto por la intimidad</li> <li>• Negación del acceso a sus allegados</li> <li>• Desatención de necesidades sociales</li> </ul>
Explotación económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropiación indebida de la propiedad</li> <li>• Modificación forzada de testamento</li> <li>• Negación de acceso al control financiero de sus fondos</li> <li>• Falta de provisión de las necesidades básicas, alimentos, vestidos</li> </ul>
Abandono o descuido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento</li> <li>• Sobremedicación</li> </ul>
Abusos sexuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violación</li> <li>• Acoso sexual</li> </ul>
Violencia en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratos denigrantes</li> <li>• Tratos denigrantes</li> <li>• Violencia delictiva que genera inseguridad</li> <li>• Vandalismo</li> </ul>
Elaboración propia.	
Fuente: <b>Informe Naciones Unidas E/CN.5/2002/PC/2</b>	

En general, las respuestas al maltrato de las personas de edad se han centrado en actividades de sensibilización y comprensión del problema, de promoción del respeto y la dignidad de estas personas y, por lo tanto, de protección de sus derechos. Algunas medidas específicas incluyen la regulación de la atención, la mejor detección de casos de maltrato y la planificación de los cuidados y tratamientos. Dichas medidas, también, pretenden fomentar la colaboración entre los organismos de respuesta y la investigación en la materia. Los principios en que deben basarse las intervenciones incluyen las consideraciones éticas, los derechos humanos y los valores de libertad, autonomía,



justicia, responsabilidad, intimidad, respeto y dignidad, dependiendo del contexto. Los sistemas jurídicos y judiciales, las normas de desarrollo social y humano y los organismos profesionales y de servicios están movilizados al servicio de estas intervenciones. Las comunidades, los barrios y las redes oficiosas de apoyo participan cada vez más en la lucha contra el maltrato de personas de edad, lo que supone un complemento de los esfuerzos de las familias y los individuos.

El abuso, maltrato y abandono es un fenómeno que forma parte de la humanidad en las circunstancias de su contexto socio-histórico. Como se aprecia en la tabla 6, el maltrato puede ponerse de manifiesto en el ámbito sanitario o sumarse al ageísmo general que se ha descrito en los epígrafes anteriores. Esto ocurre cuando se minusvalora el problema, o no se denuncian los maltratos, siendo deber del personal sanitario hacerlo.

La violencia es multifactorial, demanda una atención interdisciplinaria y sectorial, el problema compete tanto a defensores de los derechos humanos como a Instituciones encargadas de brindar seguridad, administrar justicia y atender la salud física y mental de los afectados y de sus agresores. Es necesario por tanto, conjuntar procesos de promoción y protección de la salud, de atención y rehabilitación en el adulto mayor, desarrollando estrategias que lo protejan y apoyen junto con su familia.<sup>372</sup>

El perfil “tipo” de la víctima de maltrato<sup>373</sup> sería:

- Sexo femenino.
- Edad superior a 75 años.
- Estado civil: viudedad.
- Deterioro funcional con gran dependencia del cuidador para las actividades básicas de la vida diaria.
- Alteración de la conducta.
- Convivencia con un familiar que es el principal o único cuidador.

---

<sup>372</sup> HERNÁNDEZ RAMÍREZ, M. *Propuesta de Enfermería para una Vida sin Abuso, Maltrato o Abandono hacia el Adulto Mayor*. Desarrollo Científ Enferm. Vol. 13 N° 9 Octubre, 2005.

<sup>373</sup> ARELLANO PÉREZ, M. GARRETA BURRIEL, M. CERVERA ALEMANY, AM. NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO En VVAA: Tratado de Geriatria para residentes. Madrid, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), 2006.

- Enfermedades crónicas discapacitantes (demencia, el síndrome confusional, el retraso mental y la patología psiquiátrica).
- Aislamiento social.
- Antecedentes de lesiones inexplicables y recurrentes.

La Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento pidió al Secretario General un informe basado en los estudios, información y documentación existentes sobre el maltrato de las personas de edad, con el fin de contribuir a los debates sobre la elaboración de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, en el año 2002. Este informe<sup>374</sup> en la sección II analiza la cuestión del maltrato de las personas de edad en el marco de los derechos humanos. Este informe considera que la atención cada vez mayor que se ha venido prestando a los derechos humanos y la creciente sensibilización respecto de los derechos de los hombres y mujeres de edad han llevado a considerar el maltrato de las personas de edad como una cuestión de derechos humanos. Este es un marco que permite:

- Señalar a la atención del público las cuestiones normativas relacionadas con el maltrato de las personas de edad y la discriminación.
- Combatir los abusos de los medios y derechos económicos y sociales de las personas de edad.
- Examinar respuestas eficaces a los malos tratos y la violencia.

Los asuntos principales que preocupan a los gobiernos en relación con los derechos de las personas mayores, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, son el cuidado, la falta de conciencia sobre sus derechos la salud, las pensiones, discriminación y el maltrato y por último el trabajo.<sup>375</sup>

---

<sup>374</sup> NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. El maltrato a las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. E/CN.5/2002/PC/2. Naciones Unidas. 2002. Nueva York.

<sup>375</sup> HUENCHUAN, Sandra. Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile: 2013. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35929/LCW566\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35929/LCW566_es.pdf?sequence=1)

La disgregación de normas y la inexistencia de un enfoque integral dificultan la protección jurídica del maltrato, obligando a la víctima a un peregrinaje de actuaciones, con el inconveniente de tener que depender del responsable de los malos tratos. Por eso, sería deseable un abordaje específico como se hizo con la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.<sup>376</sup> Igualmente se hace necesario un protocolo de actuación común, dirigido al profesional sanitario, al modo del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, informe elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS en el año 2007.

## **5.2. La protección penal del maltrato a ancianos.**

El maltrato a las personas mayores desde el punto de vista penal hace referencia a determinadas acciones y omisiones que pueden encuadrarse en varios tipos de delitos. Las características que integran los ilícitos penales en los que se pueden englobar los conceptos de malos tratos tienen como víctima a la persona mayor, se ejercen comúnmente de forma reiterada y están basadas en el hecho relacional, familiar o de otro tipo.<sup>377</sup>

Los tipos de maltrato están representados en el Código Penal por una serie de delitos. Siguiendo la clasificación de las distintas tipologías de malos tratos, podemos citar entre los tipos de delitos más comunes:

### **a) Malos tratos físicos y psíquicos.**

- *Delito de violencia doméstica*. En la actualidad, la violencia doméstica dispone de un tratamiento sustantivo específico en el Código Penal (Art. 153 y Art. 173,2). Destaca la necesidad de la habitualidad en la violencia y contempla la violencia física y psíquica.

---

<sup>376</sup> PERIANES LOZANO, A. ALIA RAMOS, MJ. Medidas legales de prevención y protección en caso de malos tratos de mayores. En GANZENMÜLLER, C. SÁNCHEZ CARAZO, C. (Dir). Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso. Madrid, Consejo General del Poder Judicial, 2009.

<sup>377</sup> MARTÍNEZ MAROTO, Antonio (2005). "El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 40[Fecha de publicación: 30/08/2005].

Artículo 153-1CP.: “*El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión de menor gravedad de las previstas en el apartado 2 del artículo 147, o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor*”.

- Delitos de *lesiones* (arts. 147-153).
- Delitos contra la libertad: privación de libertad, amenazas, coacciones, detenciones ilegales (Artículo 163, Artículo 167. inmovilizaciones o confinamientos paliativos, 172).
- Delitos de amenazas (Artículo 169).
- Delito de coacciones (Artículo 172).
- Delitos contra la integridad moral y torturas: tratos denigrantes, menoscabo grave de la integridad moral, trato vejatorio... (art. 173).
- Omisión del deber de socorro, en caso de desamparo y en peligro manifiesto y grave (El profesional puede incurrir en denegación de asistencia sanitaria...) (art. 195).
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio: no respetar la confidencialidad, vulnerar o no respetar la intimidad.
- Delitos contra el honor: calumnia e injuria, que puede menoscabar la autoestima de las personas mayores.

#### **b) Abandono o descuido**

- Delitos *de abandono de familia*, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.

Artículo 226-1. “*El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados*”

#### **c) Explotación económica**

- Delitos contra el *patrimonio*: Revisten especial importancia en este contexto el delito de la administración desleal (Art. 252) y el de apropiación indebida (Art 253).

#### d) Abusos sexuales

- De las agresiones sexuales (178, 180-1º, 180-3º, 180-4º). La concurrencia de dos o más circunstancias supondrá un aumento de pena.
- De los abusos sexuales (181, 182)
- Del acoso sexual (art 184)

En el orden penal se contemplan una serie de medidas de protección que están recogidas en los arts. 61 a 69 de la Ley Integral contra la Violencia de Género: medidas de salida del domicilio, alejamiento o suspensión de las comunicaciones. Dichas medidas, como se dijo anteriormente, plantean la dificultad de la dependencia de la víctima.

En cuanto a las personas que pueden denunciar la Ley de Enjuiciamiento Criminal impone la obligación de denunciar a cualquier persona que presenciara la perpetración de cualquier delito público (art. 259 LECr). La misma obligación se impone al que por razón de sus cargos profesionales y oficios tuviera noticia de un delito público (art. 262 LECr).<sup>378</sup>

A la hora de integrar estos delitos en una conducta típica la dificultad de la prueba es considerable. También hay situaciones producidas en instituciones, tanto sanitarias como socio-sanitarias, que en orden a la asistencia producen daños o lesiones por acciones u omisión. Es el caso de las úlceras por presión que tienen gran repercusión en el individuo y en la sociedad por su coste personal y económico. Muchas de las veces, este tipo de úlceras se producen por un déficit de cuidados. O el caso de las controvertidas sujeciones mecánicas o físicas y las farmacológicas o químicas a las que se recurre en las instituciones para contener a pacientes con deterioro cognitivo, estados de agitación o conducta violenta originada por una patología<sup>379</sup>.

Pese a su importancia ética, legal y clínica, son escasas las referencias legislativas que versen sobre esta materia, con excepción del Decreto Foral de Navarra 221/2011, de 28 septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en

---

<sup>378</sup> PERIANES LOZANO, A. ALIA RAMOS, MJ. *op. cit.* p. 61.

<sup>379</sup> P. Ramos Cordero et al. *Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos*. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2015;50(1):35–38.

los servicios sociales residenciales. Las sujeciones están cuestionadas, ya que aunque su fin es evitar lesiones propias o ajenas, en los últimos tiempos diversos estudios alertan de los riesgos y efectos adversos de su uso, algunos graves como lesiones, erosiones, laceraciones, desgarros e isquemias, síndrome de inmovilidad, incontinenca, úlceras cutáneas, infecciones e incluso muerte por estrangulamientos y asfixia. Su uso indiscriminado en instituciones con baja dotación de personal tergiversaría la función para la que estarían destinados, violentando derechos constitucionales como la integridad física o moral. También en el caso de abuso de los psicofármacos, para tener a la persona completamente sedada. Frente a esta situación se están promoviendo campañas que abogan por su retirada y su no utilización como medio para dignificar a las personas.<sup>380</sup>

---

<sup>380</sup> Como ejemplos cabe citas las campañas: Desatar al anciano, Movimiento Libera Ger de la Fundación Cuidados Dignos, Sujeciones Cero de la Fundación María Wolff.



**CAPITULO 5. LA INVESTIGACIÓN MÉDICA EN EL**  
**ANCIANO**





## CAPITULO 5. LA INVESTIGACIÓN MÉDICA EN EL ANCIANO

**Sumario:** 1. Presupuestos básicos de la investigación en el anciano. 2. La investigación médica en el anciano. 2.1. Principales textos en materia de ética de la investigación. 2.2. La libertad de investigación y sus límites. 2. 3 La Investigación biomédica en Seres Humanos. 3. Marco jurídico-legal de la investigación sanitaria en España. 4. Investigación sobre el envejecimiento. 5. Factores de discriminación del anciano en la investigación. 6. Aspectos éticos de los ensayos clínicos. 6.1. Discriminación por razón de edad y ensayos clínicos. 6.2. Casos concretos de discriminación en Ensayos clínicos. 6.2.1 Ensayos en cardiología. 6.2.2. Investigación y cáncer en el anciano. 6. 2.3. Investigación en psiquiatría y neurología geriátrica. 7. Las normas de buena práctica en la investigación clínica.

### 1. Presupuestos básicos de la investigación en el anciano.

*«Gran parte de los tratamientos médicos bien intencionados son la historia del sufrimiento inútil, y hasta el más superficial análisis de dicha historia nos lleva a la conclusión de que son más los que han sufrido a causa de tratamientos sin fundamento, que los que han sufrido efectos secundarios de la investigación».*

Tristram Engelhardt

El ageísmo, como forma de negación de los derechos humanos de las personas de edad avanzada, es uno de los prejuicios con mayor impregnación en la sociedad humana contemporánea, tal y como afirma el último informe del *International*

*Longevity Center*<sup>381</sup> - USA. (*ILC-USA*). Para Robert Butler, presidente de esta organización, es una cuestión de derechos humanos, lo que hace necesario transformar la cultura y la experiencia de envejecer. El informe concluye con una llamada para la investigación adicional y una agenda para la acción. En palabras del Dr. Butler las "iniciativas legislativas se deben iniciar a nivel local, del estado, y a nivel federal para proporcionar la protección legal contra la discriminación de edad. En última instancia, beneficiarán a todos los que envejecerán en el futuro."

El Ageísmo prospera en culturas y sociedades en ausencia de un programa nacional eficaz de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, y de una inversión modesta en la investigación biomédica y del comportamiento. En contraposición, los derechos humanos son inherentes a la calidad del ser humano. Según esta concepción, toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin ninguna distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, edad, u otra condición. Las garantías de los derechos humanos son establecidas por la normativa que protege a los individuos y los grupos contra las medidas que vulneran las libertades fundamentales y la dignidad. Los perfiles del ageísmo son en la mayoría de ocasiones muy sutiles y difusos, encontrándose profundamente enraizados en la sociedad, por lo que no son percibidos como discriminatorios, lo cual es extensible en el ámbito científico.

A diferencia del saber médico clásico hipocrático y galénico, fundamentado en la experiencia y en la especulación a partir de una interpretación de los cuatro humores del equilibrio orgánico, la medicina moderna fue construyendo un saber sobre la salud y las enfermedades, susceptibles de ser investigadas con los métodos de la ciencia experimental.<sup>382</sup> La ciencia es necesaria para el progreso humano, pero no es suficiente por sí sola para garantizar que la sociedad humana prospere.<sup>383</sup> Los avances científicos deben continuar y la ciencia debe recibir el máximo apoyo. También es preciso tener en cuenta que la ciencia por sí sola no resolverá el problema de las enfermedades infecciosas y los problemas que acompañan al envejecimiento. Se produce, en

---

<sup>381</sup> Para acceder a los informes anuales y publicaciones de esta organización ver <http://www.ilcusa.org/pub/annual.htm>.

<sup>382</sup> BARONA, JL. *Salud, tecnología y saber médico*. Editorial Ramón Areces, Madrid. 2004: 157

<sup>383</sup> BENATAR S. *Ética de la investigación en los países en vías de desarrollo*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas ESTÁNDARES ÉTICOS Y CIENTÍFICOS EN LA INVESTIGACIÓN - N.º 2 - (2000) Barcelona. p. 33

definitiva, una tensión entre la libertad de investigación y la necesidad de protección de poblaciones vulnerables. Por ello, el Derecho debe intervenir para corregir aquellas desigualdades que no permitan a los ancianos llegar a disponer de los medios materiales imprescindibles para la satisfacción de necesidades básicas, muchos de ellos conseguidos gracias a la innovación y el desarrollo producido por la ciencia. Si la investigación se ha convertido en una herramienta para la mejora del bienestar y de la expectativa de vida de los ciudadanos,<sup>384</sup> el Estado debe establecer garantías de que dicho progreso impregne a todos los sectores de la sociedad.

Una primera aproximación al estudio de la investigación en el anciano es la que contempla a este como sujeto de investigación dentro de un grupo vulnerable (las personas mayores) y establece una serie de garantías para su protección. Estas garantías son especialmente visibles en la obtención del Consentimiento informado, para los casos de personas con capacidad de decisión limitada. Además desde la perspectiva del derecho subjetivo, se plantean dos cuestiones adicionales. La primera es el derecho del anciano a la mejora de sus expectativas a través de la investigación, a que se le preste la debida atención, para el pleno desarrollo de su dignidad como persona. El envejecimiento debe ser entendido como un procedimiento natural, y no como una enfermedad, y por tanto, debe gozar de protección y garantías de que su existencia transcurrirá con un mínimo de calidad de vida. Y en segundo lugar, a que se respete su derecho de aprovecharse de las innovaciones biotecnológicas. Bien es cierto que la aplicación de la Biotecnología conlleva sus riesgos, que dejan en el aire algunos interrogantes por resolver. Pero también aguardan interesantes retos que pueden mejorar y prolongar incluso la vida en las personas de edad. Lo que nos lleva al interesante y polémico terreno de la investigación biogerontológica o anti-envejecimiento. No obstante, el paso de la investigación básica sobre genómica y la clínica o aplicada, debe asegurar que no se producirán discriminaciones o exclusiones de ningún tipo especialmente con los ancianos. Esta afirmación la respalda el hecho de que toda esta tecnología es cara, lo que la convierte en inaccesible para los estratos más

---

<sup>384</sup> La ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica en su preámbulo comienza diciendo: “La investigación biomédica y en ciencias de la salud es un instrumento clave para mejorar la calidad y la expectativa de vida de los ciudadanos y para aumentar su bienestar, que ha cambiado de manera sustancial, tanto metodológica como conceptualmente, en los últimos años. La aparición de nuevas herramientas analíticas ha llevado a grandes descubrimientos que permiten albergar fundadas esperanzas sobre el tratamiento e incluso la curación en un futuro no muy lejano de patologías hasta ahora inabordables”.

pobres de la población, en la que comúnmente se suelen situar la mayoría de los ancianos.

## **2. La investigación médica en el anciano.**

### **2.1. Principales textos en materia de ética de la investigación.**

El primer instrumento o código ético que reguló la investigación médica en seres humanos fue el Código de Núremberg, redactado en 1949 por la repercusión de los crímenes de guerra cometidos por los nazis. Este Código, no obstante, hacía más hincapié en los intereses de la sociedad que en los del propio paciente y se refería a los riesgos de carácter vital, pero no a las molestias que puede sufrir un paciente al ser incluido en un ensayo clínico.

Más tarde, en 1964, la Asamblea Médica Mundial en Finlandia adoptó la Declaración de Helsinki, revisada posteriormente en varias ocasiones y por vez última en Escocia en el año 2000. Los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki estriban en la necesidad de que el protocolo de un ensayo clínico sea aprobado por un Comité Ético y la necesidad de consentimiento previo, libre e informado del paciente incluido en el mismo. Ni el Código de Núremberg ni la Declaración de Helsinki gozan de fuerza legal en Europa. Pero no hay que olvidar que el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó en 1990 una recomendación sobre «Investigación médica en el ser humano», que recoge los elementos básicos de la Declaración de Helsinki. La importancia de este documento intergubernamental tal vez no ha sido suficientemente apreciada. No obstante, algunos textos legales actuales lo toman como referente en cuestionamientos éticos.<sup>385</sup>

En 1974, a partir del caso «*TusKeggee*» el Congreso de los Estados Unidos integró la Comisión Nacional Norteamericana para la Protección de los Sujetos en la

---

<sup>385</sup> Así se establece en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios: “Los ensayos clínicos deberán realizarse en condiciones de respeto a los derechos fundamentales de la persona y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica en la que resultan afectados seres humanos, siguiéndose a estos efectos los contenidos en la Declaración de Helsinki”.

Investigación Biomédica y de la Conducta para que revisara los principios éticos que deben estar presentes en toda investigación en la que participan seres humanos. En 1978 esta comisión emitió un documento que se conoce como el «*Informe Belmont*», en el cual se establecen el respeto por las personas, la justicia y la beneficencia, conocidos como Principios de Bioética, considerados por algunos bioeticistas como mínimos morales que pueden ser exigidos universalmente. También en los años setenta se hizo tristemente famoso el caso del *Jewish Chronic Disease Hospital* de Brooklyn, donde se experimentaba con ancianos inyectándoles células tumorales con objeto de estudiar su respuesta inmunológica.<sup>386</sup>

En 1982, se publicó la Proposición de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en la que participan sujetos humanos, una de las guías internacionales más valiosas en el área de salud. Ese mismo año, un comité constituido por el Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS)<sup>387</sup> y la OMS presentó en Ginebra, Suiza, una revisión de este documento, lo que dio lugar a las Guías Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en la que participan Seres Humanos. Con el fin de ajustar dichas guías en referencia a ensayos a gran escala con vacunas y medicamentos, la investigación transnacional y los experimentos que involucran a grupos vulnerables de la población, nuevamente CIOMS en colaboración con OMS redactaron en Ginebra en 1991 las Guías Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos. La última revisión de estas pautas data del año 2002, si bien está en fase de elaboración la más reciente de febrero de 2008. Tomando como ejemplo las pautas CIOMS, varias organizaciones internacionales han formulado pautas éticas para ensayos clínicos. Una de ellas son las Pautas para Buenas Prácticas Clínicas en Ensayos de Productos Farmacéuticos, de la OMS en 1995.

El 4 de abril de 1997 se firmó en España en la ciudad de Oviedo, por parte de los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, el *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina*. En razón de los

---

<sup>386</sup> OSSET HERNÁNDEZ, M. *Ingeniería Genética y Derechos Humanos: Legislación y ética ante el reto de los avances biotecnológicos*. Icaria Editorial. Barcelona, 2001.p. 35.

<sup>387</sup> CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) EN COLABORACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Pautas Ética Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. OMS. Ginebra; 2002.

rápidos avances de la ciencia, la tecnología y la medicina y de los retos que presenta el progreso de la humanidad, este convenio es de especial relevancia en el momento actual y se considera que será de gran trascendencia en el futuro.

Por último, hay que destacar Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos, aprobada en la 29 Conferencia general de la UNESCO del 11 de noviembre de 1997.

Son nulas las referencias contenidas en los textos anteriores que contengan una mención directa a la protección de los ancianos, como se hace con la investigación en la que participan niños o mujeres embarazadas. Las pautas CIOMS aluden al requerimiento de una justificación especial para invitar a individuos vulnerables a participar como sujetos de investigación.<sup>388</sup>

## **2.2. La libertad de investigación y sus límites.**

La investigación científica en el ámbito de la biología y medicina se efectuará libremente. Así principia el artículo 15 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano.<sup>389</sup> Con él se recoge un importante principio: el de libertad de investigación. Este principio queda recogido en el art. 2 d) de la *ley 14/2007 de investigación Biomédica*<sup>390</sup>. En palabras de Martínez Morán,<sup>391</sup> el derecho a la libertad de investigación es un derecho fundamental que el científico ejerce sin más límites que el respeto a los derechos humanos consagrados en las Declaraciones Universales de Derechos. La libertad de investigación emana de la libertad de

---

<sup>388</sup> El comentario a la pauta 13 señala que los adultos mayores son comúnmente considerados vulnerables. A medida que la edad avanza, las personas tienen mayor probabilidad de adquirir características que las definen como vulnerables. Pueden, por ejemplo, estar internadas o desarrollar varios grados de demencia. Resulta apropiado considerarlas vulnerables, y tratarlas como tales, sólo cuando hayan adquirido esos atributos.

<sup>389</sup> El Convenio para la protección de los Derechos del Hombre y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina ha sido aprobado definitivamente en Oviedo el 4 de abril de 1997 con entrada en vigor en España el 1 de enero 2000. Art. 15: “*La investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano*”.

<sup>390</sup> “Se garantizará la libertad de investigación y de producción científica en el ámbito de las ciencias biomédicas”.

<sup>391</sup> MARTÍNEZ MORÁN, N. *Persona, Dignidad Humana e Investigaciones Biomédicas* en AA.VV., *Biología, Derecho y dignidad humana*. Granada, Comares, 2003. p. 42

pensamiento<sup>392</sup> reconocida expresamente en la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>393</sup>. La Constitución española la reconoce como “libertad de producción... científica y técnica en el art. 20, 1b) en tanto que libertad publica.”<sup>394</sup>

Esta libertad en su significado estricto y específico se define por amparar la posibilidad de tener y mantener una concepción personal independiente en los campos de la reflexión filosófica, científica, ética, política, social o artística. Equivale a lo que se ha denominado también con cierta frecuencia *libertad científica*.<sup>395</sup>

Según Romeo Casabona,<sup>396</sup> el primer peldaño de regulación de la ciencia es el del autocontrol del investigador (ética individual) y de la comunidad científica (a través de normas deontológicas) a la que pertenece en el desarrollo de las investigaciones. Como complemento el Estado no debe renunciar en este terreno a las funciones de supervisión, control e intervención que le corresponden, regulando esta materia si fuera necesario, especialmente cuando pueden verse afectados individuos y grupos sociales (mujeres, menores, ancianos) como sujetos de experimentación. La actuación del científico está además, en palabras de Junquera<sup>397</sup>, “*sometida al grupo social, que es quién va a soportar los riesgos de dicha actividad y va a beneficiarse de los logros obtenidos*”.

La libertad de investigación aparece como una tarea social que recae exclusivamente en el hombre. El derecho<sup>398</sup> debe ocuparse de promocionar, alentar y

---

<sup>392</sup> MARTÍNEZ MORÁN, N, *op. cit.* p. 33

<sup>393</sup> La Declaración Universal de Derechos humanos en su artículo 19 establece que: “*Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir información y opiniones y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión*”.

<sup>394</sup> ROCA TRIAS, E. *La función del Derecho para la protección de la persona ante la biomedicina y la biotecnología*, en ROMEO CASABONA, CM (Coord.) *Derecho biomédico y bioética*. Granada; Comares: 1998. p. 175.

<sup>395</sup> DE CASTRO CID, BENITO. *Los derechos de Libertad*. En DE CASTRO CID, BENITO. *Introducción al Estudio de los Derechos humanos*. Editorial Universitas S.A. Madrid, 2003: pág. 287.

<sup>396</sup> ROMEO CASABONA, CM. *Del Gen al derecho*. Colombia, Universidad Externado de Comlombia, 1996. p. 415. Citado por: MARTÍN URANGA, AMELIA. *La protección jurídica de las innovaciones tecnológicas. Especial consideración de su protección penal*. Publicaciones de la Cátedra Interuniversitaria, Fundación BBVA- Diputación Foral de Bizcaia de Derecho y Genoma Humano y Editorial Comares. Bilbao-Granada. 2003. p. 33.

<sup>397</sup> JUNQUERA DE ESTÉFANI, RAFAEL: *Los derechos Humanos en la era de la biotecnología*. En MARTINEZ MORÁN, NARCISO (Editor) *Utopía y Realidad de los Derechos Humanos en el cincuenta aniversario de su Declaración Universal*. Estudios de la UNED. Madrid. 1999. p. 95.

<sup>398</sup> MARTÍN URANGA, AMELIA, *op. cit.* p. 42.



fomentar la investigación biomédica. Pero al mismo tiempo que se reconoce el derecho fundamental a la libertad de investigación, se ve necesaria la intervención del derecho para señalar los límites de la misma. Tampoco se puede obviar a los sectores vulnerables de la población confiando sólo en la libertad de investigación de los científicos. Los poderes públicos deben intervenir para corregir las desigualdades que se produzcan, si se quiere hacer realidad el principio de igualdad. Ningún derecho es absoluto y por tanto ninguna actividad puede justificarse si atenta contra los derechos humanos o de su práctica se sigue la vulneración de los derechos de las personas.<sup>399</sup> Aquí es donde el Estado Constitucional configurado como social y democrático de derecho está legitimado para esta intervención por lo que debe mostrar su preocupación por las repercusiones de la investigación científica sobre la dignidad y libertad de la persona así como también en cuanto a su incidencia sobre la colectividad.<sup>400</sup>

La regulación de la actividad científica implica su inserción en el entramado social.<sup>401</sup> El Derecho cierra así el armazón institucional conformado por el interés científico, lo humanamente posible, lo éticamente admisible, lo económicamente rentable y lo socialmente útil. Sólo de este modo la norma jurídica es la que puede asegurar de hecho el principio de libertad de investigación.

Por otra parte, el mismo avance progresivo de las aplicaciones científicas comporta el fenómeno descrito como funcionalismo tecnológico, una merma de libertad investigadora, al hacer depender a la ciencia de la utilización inmediata de los conocimientos adquiridos. Es, en palabras de López Moratalla, el hecho de que los conocimientos científicos hayan contribuido a una reorganización profunda de la técnica humana y, como consecuencia, a mejorar las condiciones de la vida humana sobre la tierra, ha llevado consigo el que para muchos la tecnología aplicada a la transformación del mundo haya constituido el sentido y el objetivo último de la ciencia, de tal forma que primariamente se le dé valor de "conocimiento" a aquello que conduce a un éxito técnico.<sup>402</sup>

---

<sup>399</sup> MARTÍNEZ MORÁN, NARCISO, *op. cit.* p. 35.

<sup>400</sup> MARTIN PALLIN, JA. *Barreras ético-jurídicas a la investigación clínica y farmacéutica* Revista Jueces para la Democracia, 1991, 1 (12): 62-69.

<sup>401</sup> MARTÍN URANGA, AMELIA, *op. cit.* p. 33.

<sup>402</sup> LÓPEZ MORATALLA, N. *Ética de la investigación científica*. En LÓPEZ MORATALLA (Edit.) *Deontología Biológica*. Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra. 1987. En <http://www.unav.es/cdb/dbcapo13c.html>

La dimensión social de la investigación comporta, en palabras de Romeo Casabona,<sup>403</sup> unas exigencias, como es el libre acceso por parte de los miembros de la comunidad al conocimiento científico (del que serían beneficiarios, en primer término, los propios investigadores) y a los logros de aquélla, sin discriminaciones por motivos geográficos, culturales, económicos u otros, si bien tal deseo sea más fácil de expresar que de ponerlo en la práctica.<sup>404</sup>

### 2.3 La Investigación biomédica en seres humanos

El objetivo principal de la investigación clínica es generar conocimiento generalizable, que sirva para mejorar la salud y el bienestar y/o aumentar la comprensión de la biología humana; los sujetos que participan son sólo un medio para asegurar tal conocimiento.<sup>405</sup> Por consiguiente, en toda investigación clínica pesa el riesgo de colocar a los sujetos de la investigación en una situación perjudicial en aras del bien de otros. Los requisitos éticos están destinados a reducir al mínimo la posibilidad de explotación, con el fin de asegurar que los sujetos de investigación no sean tratados como conejillos de indias, sino tratados con el debido respeto mientras contribuyen al bien social.

La investigación es parte esencial de la medicina como ciencia<sup>406</sup> y como tal se integra en el fondo de conocimiento de todas las profesiones sanitarias. Para el progreso de una disciplina se necesita la innovación que aporta la investigación. Para la medicina, esta afirmación genera una tensión entre lo científico y lo clínico. Como señala Tristram Engelhardt<sup>407</sup> “el resultado es una tensión entre el papel que desempeñan los profesionales de la sanidad como curadores y su papel como científicos, conflicto entre

---

<sup>403</sup> ROMEO CASABONA, CM. *La Genética y la Biotecnología en las fronteras del Derecho*. Acta Bioética 2002; año VIII, nº 2.

<sup>404</sup> En ese sentido el artículo 3 del Convenio de Oviedo establece la obligación de los Estados firmantes de adoptar “las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

<sup>405</sup> EMANUEL, EZEKIEL. *¿ Que hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos básicos*. En LOLAS, F. y QUEZADA, A Editores. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Programa regional de Bioética. Serie Publicaciones 2003. OPS-OMS. Santiago de Chile. 2003.

<sup>406</sup> TRISTAM ENGELHARDT, H. *Los fundamentos de la bioética*. Paidós básica. Barcelona. 1995. p. 362.

<sup>407</sup> TRISTAM ENGELHARDT, H. *op. cit.* . p. 362.

los diferentes roles que ha estado en la misma raíz de la crítica tradicional de la experimentación con seres humanos”. Esta bipolaridad de roles, introduce un aspecto moralmente cuestionable que es la utilización de la persona. Para H. Jonas, citado por Tristram Engelhardt<sup>408</sup>, “*lo malo de hacer de una persona un sujeto de experimentación es... que lo convertimos en un objeto pasivo, simplemente para que se actúe sobre él*”.

La Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, afirma que la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.<sup>409</sup> La utilización de seres humanos en la investigación está ligada a la necesidad de prestar protección especial al consentimiento informado.<sup>410</sup> Para garantizar que se facilitan los conocimientos adecuados y que el consentimiento está libre de toda coacción hay que atender a las características especiales del anciano, que puede presentar diferentes grados de déficits.<sup>411</sup>

El consentimiento informado se basa en el principio que señala que los individuos competentes tienen derecho a escoger libremente si participarán en una investigación. Con el anciano, pues, se debe comunicar con paciencia y sensibilidad, determinando si la información ha sido comprendida adecuadamente. Por otra parte, la amplia regulación que se hace de los requisitos éticos conlleva a la práctica de un cierto paternalismo médico que en aras de la protección de las poblaciones vulnerables, acaba

---

<sup>408</sup> TRISTAM ENGELHARDT, H. *op. cit.* p.363.

<sup>409</sup> VELEZ CORREA, LUIS A. *Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia. 2004. pág. 264

<sup>410</sup> TRISTAM ENGELHARDT, H. *op. cit.* p.363

<sup>411</sup> Las Pautas Éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas realizada en Ginebra en el 2002, establece en su pauta 4 que en toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética.

por excluirlos del procedimiento investigador. Este fenómeno es similar al que se produce en la asistencia sanitaria.

A pesar del interés de los organismos internacionales en el envejecimiento, hasta el momento no existe un texto o declaración equiparable a la que existen con otros grupos más desfavorecidos y vulnerables como son las mujeres, o los menores. Por otro lado, los diferentes textos que versan sobre investigación científica en seres humanos como el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina elaborado por el Consejo de Europa, el Informe Helsinki y las Pautas CIOMS 2002, no establecen diferencia o mención alguna, como ha quedado dicho, en referencia a los ancianos como grupo de especial protección. Esta omisión, cuando menos, es bastante llamativa de la situación de desigualdad que se viene produciendo.

### **3. Marco jurídico-legal de la investigación sanitaria en España.**

El artículo 44.2 CE establece, como uno de los principios rectores de la política social y económica «que los poderes públicos promoverán la ciencia y la investigación científica y técnica en beneficio del interés general». Por su parte el artículo 149.1.15 CE establece como competencia exclusiva del Estado el «fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica».

La ley 13/1986 de 14 de abril de fomento de la coordinación General de Investigación científica y técnica establece un Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico que se configura como el principal elemento para el fomento y la coordinación general de la investigación y técnica.<sup>412</sup> Entre los objetivos de interés general que debe perseguir se señala el fomento de la salud, del bienestar social y de la calidad de vida.

---

<sup>412</sup> El borrador (febrero 2009) de anteproyecto de la futura Ley de la Ciencia y la Tecnología en su artículo primero señala “La presente ley establece el marco para el fomento de la investigación científica y técnica y sus instrumentos de coordinación general, con el fin de contribuir al desarrollo económico y al bienestar social, impulsando la sociedad del conocimiento, el crecimiento sostenible y la innovación”.

El Plan Nacional fomentará la investigación básica en los distintos campos de conocimiento y la promoción de equipos de investigación de calidad tanto en las universidades como en los demás centros públicos de investigación. Dicho Plan promoverá igualmente la comunicación entre todos los centros investigadores, públicos y privados, la utilización de resultados de la investigación y la concertación de actuaciones de las universidades y los centros públicos de investigación con las empresas.

Los distintos planes que se han sucedido en los últimos años se han ocupado de la financiación pública en el área del envejecimiento de manera muy desigual. Así, el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007 se ocupaba escasamente de la investigación sobre el envejecimiento, con escasas referencias al mismo. El envejecimiento no se encontraba entre las áreas prioritarias, y las menciones al grupo de mayores de 65 años se efectuaban en relación a algunas de las enfermedades más prevalentes.<sup>413</sup> Dentro de los objetivos prioritarios de investigación en servicios de salud, se buscaba el desarrollo de temas de investigación que se refirieran a «*Ciertos grupos o poblaciones de características especiales, que podrían ser minorías, mujeres, niños, ancianos, personas con bajos ingresos, individuos con necesidades peculiares en sus cuidados sanitarios -incluyendo individuos con incapacidades e individuos que necesiten cuidados crónicos o que estén en fases terminales de sus cuidados sanitarios*».

La ley 14/1986 de 25 de abril, *General de Sanidad*, se refiere a la investigación sanitaria enumerando sus principios y líneas básicas mientras que la ley 16/2003 de 28 de mayo de *cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud* concreta las actuaciones que debe llevar a cabo el Estado en esta materia. Del reparto competencial en materia de

---

<sup>413</sup> Este Plan 2004-2007 en relación a la genómica señala que “*El estudio de las enfermedades humanas se ha visto enormemente acelerado con la obtención de la secuencia del genoma humano y de otros organismos de interés biomédico. La aplicación de los nuevos conocimientos a favor de la salud pública requiere de la investigación adicional que aportan los estudios clínicos y de epidemiología para evaluar la interacción entre los factores genéticos y el ambiente en el desarrollo de las enfermedades. El gran reto inmediato de la investigación biomédica será conocer y entender el papel fisiológico y patogénico de cada una de las enfermedades, facilitando la identificación de los mecanismos que las producen, a la vez que abriendo la posibilidad al desarrollo de estrategias terapéuticas*”.

investigación también se hace mención en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud*.<sup>414</sup>

La *ley orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades*, hace una regulación de esta materia estableciendo la investigación como fundamento de la docencia y reconociendo y garantizando la libertad de investigación en el ámbito universitario. Por otra parte, a través de la *Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* se dispone la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la investigación sanitaria.<sup>415</sup>

El legislador tuvo una especial sensibilidad en el ámbito de la investigación de los medicamentos y así encontramos diversos preceptos que se dedican a la investigación en la *Ley 25/1990 de 20 de noviembre del medicamento*, que ha sido derogada por la *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*, a la que nos referiremos más adelante al hablar de ensayos clínicos. Entre una y otra norma se sitúa el *Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos*.<sup>416</sup>

---

<sup>414</sup> En este sentido el artículo 44 de la Ley de Cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud señala: “Es responsabilidad del Estado en materia de investigación en salud, y sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas:

- a. Establecer las medidas para que la investigación científica y la innovación contribuyan a mejorar de manera significativa y sostenible las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores
- b. Garantizar que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desenvuelva y se sustenta científicamente de manera demostrable
- c. Garantizar la observancia y el cumplimiento de los derechos, la protección de la salud y la garantía de seguridad de la sociedad, los pacientes y los profesionales involucrados en la actividad de investigación
- d. Incorporar la actividad científica en el ámbito sanitario en el Espacio Europeo de Investigación
- e. Facilitar que en toda la estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud se puedan llevar a cabo iniciativas de investigación clínica y básica, fomentando el desarrollo de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia.

<sup>415</sup> Así en el Artículo 11 referido a Investigación y docencia se dispone:

1. Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales.
2. Las Administraciones sanitarias, en coordinación con las Administraciones educativas, promoverán las actividades de investigación y docencia en todos los centros Sanitarios, como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales.

Los titulares de los centros sanitarios y los servicios de salud podrán formalizar convenios y conciertos con el Instituto de Salud Carlos III, con otros centros de investigación, públicos o privados, y con otras instituciones que tengan interés en la investigación sanitaria, para el desarrollo de programas de investigación, para la dotación de plazas vinculadas, o específicas de investigador, en los establecimientos sanitarios, para la designación de tutores de la investigación y para el establecimiento de sistemas específicos de formación de investigadores durante el periodo inmediatamente posterior a la obtención del título de especialista.

<sup>416</sup> Este norma se adecua a la Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los

La ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica se vertebra sobre unos principios esenciales, como son la protección de la salud y de la dignidad del ser humano, el consentimiento y el derecho a la información, la protección de datos personales y el deber de confidencialidad, la no discriminación, la gratuidad, la libertad de investigación y producción científica y la coordinación de iniciativas y esfuerzos entre sector público y privado. Asimismo establece la estricta observancia del principio de precaución en las distintas actividades que regula, y que afectan de manera tan directa a la identidad del ser humano. A su vez, esta ley crea diversos órganos colegiados, como los Comités de Ética de la Investigación, que deben garantizar en cada centro, la adecuación de los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos de las investigaciones o el Comité de Bioética de España que está llamado a fijar las directrices y principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica que desarrollen los Comités de Ética de la Investigación.

Dentro de estos Códigos de buenas prácticas, tendrán cabida no solo, la protección del anciano en la investigación clínica, sino además que no se les excluya de la investigación sin más. La ley de investigación Biomédica habla de regular los mecanismos de fomento y promoción, planificación, evaluación y coordinación de la investigación biomédica a partir de los principios de calidad, eficacia e igualdad de oportunidades y con el fin de favorecer que los resultados de la investigación se transformen en terapias eficaces para combatir distintas patologías. Esperamos que los mecanismos de fomento de la investigación incluya la investigación en el anciano asumiendo la igualdad de oportunidades a aprovecharse de los beneficios que comporta el desarrollo científico.

---

Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y ha venido a armonizar las legislaciones de los Estados miembros de la Unión Europea sobre ensayos clínicos con medicamentos en seres humanos. También se adecua a lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y se han tenido en cuenta los principios básicos para la realización de ensayos clínicos con seres humanos fundamentados en la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a la aplicación de la biología y la medicina, reflejados en la Declaración de Helsinki y en el Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina, así como las normas para la adecuada protección de los datos personales.

Recientemente se ha aprobado la *Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación*, que viene a completar la normativa sobre investigación en la legislación española. El objeto de la Ley es la consolidación de un marco para el fomento de la investigación científica y técnica y sus instrumentos de coordinación general con un fin concreto: contribuir al desarrollo económico sostenible y al bienestar social mediante la generación, difusión y transferencia del conocimiento y la innovación. Esta Ley, dentro de sus objetivos generales,<sup>417</sup> hace una alusión a la inclusión de la perspectiva de género como categoría transversal en la ciencia, la tecnología y la innovación, así como una presencia equilibrada de mujeres y hombres en todos los ámbitos del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación. Poco o nada dice de incluir otras perspectivas y hay que acudir al Artículo 15 donde se habla de Deberes del personal investigador, para encontrar una referencia al comportamiento ético de los mismos: «Observar las prácticas éticas reconocidas y los principios éticos correspondientes a sus disciplinas, así como las normas éticas recogidas en los diversos códigos deontológicos aplicables».

#### **4. Investigación sobre el envejecimiento.**

El Plan de Acción Internacional de Madrid<sup>418</sup> sobre el envejecimiento destaca la importancia de las investigaciones internacionales sobre el proceso de envejecer y las cuestiones relacionadas con la edad, como instrumento importante para la formulación de políticas relativas al envejecimiento, que se basen en indicadores fiables y uniformes, preparados, entre otras entidades, por organizaciones nacionales e internacionales de estadística.

Para una visión óptima del proceso de envejecimiento, la investigación necesita centrarse no solamente en los modelos biológicos y del envejecimiento celular que considera principalmente el deterioro gradual del organismo, sino también en los factores psicológicos y sociológicos que se relacionan con las mejoras o el mantenimiento de la función.<sup>419</sup>

---

<sup>417</sup> Art. 2-k.

<sup>418</sup> Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid. A/CONF.197/9. Naciones Unidas. Nueva York, 2002.

<sup>419</sup> LUPIEN, S.J. WAN, N. Successful ageing: from cell to self. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* (2004) 359, 1413–1426.



A pesar que la investigación relativa a las personas de edad avanzada suele tener una prioridad política destacada en los planes y agendas de los gobiernos, la ética de tales estudios plantea muchos interrogantes para el investigador epidemiológico.<sup>420</sup> La primera cuestión es determinar si la investigación en este segmento de población debe ser emprendida en todos los casos. Solamente si la pregunta de la investigación es importante, el cociente del riesgo-beneficio aceptable, la respuesta a la pregunta debe dirigirse a procurar la investigación. Una segunda cuestión es determinar si el valor de la investigación justifica el uso de sujetos humanos en la misma. Otra cuestión es si los segmentos vulnerables de la población, tales como personas con dolor, en instituciones, o con capacidad de decisión limitada, son esenciales para el desarrollo del estudio. Por último, hay que asegurar si los riesgos de dañar a los participantes son compensados por los beneficios a la sociedad y a los que participen en la investigación. La exclusión de ancianos de la investigación puede privarlos y a las generaciones futuras de las ventajas de la investigación.

Cruz Jentoft,<sup>421</sup> ofrece un argumento a favor del desarrollo de la investigación gerontológica basado en la recompensa a las personas mayores por lo que han aportado a lo largo de la historia. Para este autor la sociedad tiene una deuda y debe devolver esta aportación en forma de esfuerzo en la investigación. A esto le añade el cada vez mayor porcentaje de personas que formaran parte del segmento poblacional envejecido.

Lo que ofrece mayor atractivo en cuanto al potencial de la investigación, incluida la genómica, desde el punto de vista del anciano, es la posibilidad de obtener una ampliación de la longevidad. Las investigaciones sobre el envejecimiento pueden clasificarse en:

a. *La investigación de la longevidad*, que es la investigación dirigida al aumento de la vida humana. Los beneficios personales y sociales de lo que se ha llamado «investigación del anti-envejecimiento» son confusos. Desde una perspectiva ecológica global, puede ser difícil justificar la prolongación de la vida, hasta el punto que las poblaciones humanas compitan con las otras especies por los recursos limitados.

---

<sup>420</sup> COUGHLIN, STEVEN. BEAUCHAMP, TOM. *Ethics and Epidemiology*. Oxford University Press. Oxford. 1996. p. 221.

<sup>421</sup> CRUZ JENTOFT; AJ. *Prioridades en la investigación en Gerontología: una visión personal*. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2001; 36 (S3): 26-27.

Idealmente, se entiende que la prolongación de la vida es en edad adulta sana. No obstante, los beneficios pueden dirigirse solamente a un grupo privilegiado y pueden implicar la extensión del período más frágil, de años en los que la calidad de vida está más comprometida, y de años con mayor coste por el consumo del cuidado médico.

b. *Investigación para reducir mortalidad prematura.* Este tipo de investigación se dirige a igualar las oportunidades de alcanzar un punto arbitrario como podría ser la edad de 65 o la de 85, teniendo en cuenta el concepto de esperanza de vida. Una aproximación estaría encaminada a determinar los casos en los que se produce un envejecimiento "con éxito" para aprender el secreto de su longevidad sana. ¿Deben los científicos aceptar como normativo la esperanza de vida mayor en las mujeres de raza blanca, y aumentar tasas de supervivencia y esperanza de vida entre varones y ancianos de las minorías?

c. *Investigación para reducir morbilidad y para mejorar la calidad de vida de las personas.* Mientras que esta investigación va dirigida a la reducción de la morbilidad y necesariamente no produce un aumento de la longevidad, la investigación sobre población anciana incluye la investigación sobre mejora de la calidad de vida de gente que vive sola o en instituciones. Aquí se incluye todo lo relativo al "buen morir", aspecto este diferente a la Eutanasia. La muerte es vista desde el modelo biomédico como un fracaso, en vez de ser asumida como una etapa natural de la vida, a la que todos irremediabilmente llegaremos. Señala Callahan, que aunque se nos dice que la muerte ya no es un tema que se oculte, esto es una verdad a medias. Y aporta un dato concluyente: mientras las personas de edad avanzada constituyen la mayor parte de las personas que fallecen (el 70%), apenas se aborda específicamente este proceso en escritos legales, éticos o médicos.<sup>422</sup>

En marzo de 2011, con apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, del Instituto de Salud Carlos III, la Fundación INGEMA y del Instituto de Mayores y Servicios Sociales tuvo lugar el Congreso «Envejecimiento. La investigación en España y Europa». En este Congreso se debatió acerca del marco de la investigación sobre el envejecimiento en España y las

---

<sup>422</sup> CALLAHAN, D. *Poner límites. Los fines de la medicina ante una sociedad que envejece.* Triacastela, Madrid; 2004

iniciativas investigadoras Europeas como ERA-AGE2, FUTURAGE y la JPI «*More Years, Better Lives*», «*The Potentials and Challenges of Demographic Change*»<sup>423</sup>. Esta iniciativa es un buen indicio de que el envejecimiento de la población está concitando la atención de investigadores, agentes sociales y decisores políticos, existiendo en el ámbito europeo diversas estrategias de investigación sobre el envejecimiento.

En este Congreso se señalaban una serie de líneas de investigación futura:

a) *Aportaciones temáticas*: Desde la perspectiva de la interacción de la biología del individuo con el envejecimiento saludable como proceso se proponen dos líneas:

- Identificación de los marcadores biológicos tempranos, es decir los mecanismos intrínsecos del envejecimiento biológico.
- El envejecimiento activo y saludable.

b) *Aportaciones de valor metodológico e instrumental*. Entre otras cuestiones se puso de relieve la conveniencia de fomentar la cooperación entre investigadores españoles y europeos sobre el envejecimiento de la población.

## **5. Factores de discriminación del anciano en la investigación.**

El ageísmo puede limitar a los ancianos el acceso y a las ventajas de avances tecnológicos de una sutil manera: los ancianos son reclutados en una proporción menor en estudios de investigación biomédica. Indudablemente, la infrarrepresentación de ancianos en la investigación sobre salud hace problemática la generalización de resultados de los estudios. Esta representación reducida es en parte el resultado de estereotipos negativos sobre capacidad y de la conformidad con los requisitos para la participación de la investigación.

En este sentido, las perspectivas éticas y las regulaciones legales que tratan sobre la participación de temas humanos en la investigación biomédica, social, o del comportamiento, se basan en los principios del respeto a la dignidad, de la beneficencia

---

<sup>423</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. et al Envejecimiento. La investigación en España y Europa / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):174–179.

y de la justicia. Es decir, la implicación de temas humanos en la investigación requiere la toma de decisión autónoma y el consentimiento informado, las ventajas de la investigación deben compensar posibles daños y la selección debe hacerse de forma justa y equitativa. Este compendio de requisitos puede echar atrás la iniciativa investigadora a la hora de reclutar a pacientes de mayor edad por la dificultad en el cumplimiento de las cuestiones éticas.

No obstante, siguiendo a Cutler<sup>424</sup> la «supresión de prácticas y de actitudes ageístas en la investigación, así como en práctica clínica, es importante para que la gente mayor adquiera la máxima ventaja posible de los avances en cuidado médico».

Otro factor que ha contribuido a la discriminación por razones de edad es la manera en que se conducen las investigaciones sobre el envejecimiento.<sup>425</sup> Algunos estudios gerontológicos mal controlados, han reforzado la imagen negativa de los adultos mayores. Cuando el envejecimiento se estudió por primera vez, los investigadores se dirigieron a las instituciones de atención a largo plazo, donde encontraron mucho por investigar. Pero este método dio una falsa impresión del proceso de envejecimiento, puesto que solamente un pequeño porcentaje de la población mayor está institucionalizada. Por lo tanto, todavía existe una necesidad crítica de hacer más investigaciones en una comunidad sana.

En España, en donde vivimos el reverso de Norteamérica, con sanidad pública e investigación clínica fundamentalmente de financiación privada, los investigadores que promueven ensayos clínicos sufragan los “*data managers*”,<sup>426</sup> invierten en la creación de estructuras profesionalizadas de soporte a su investigación, y emplean su propio tiempo al margen de las saturadas consultas públicas. En este contexto, parece “cuasi milagroso” que se den todos los pasos señalados en los protocolos de investigación, lo que realza la labor de los Comités de Ética, como garantía de cumplimiento de los requisitos establecidos.

---

<sup>424</sup> CUTLER, STEPHEN F. *Ageism and Technology*. Generations. Fall 2005 (vol. 29, no. 3).

<sup>425</sup> BUTLER, R. FORETTE, F. GREENGROSS, S. MORIOKA, S. PEREYRA, R. *Perspectivas Culturales Sobre La Longevidad. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas. New York, Centro Internacional para la Longevidad, 2002.

<sup>426</sup> MAHILLO RAMOS E. Aplicación del Real Decreto 223/2004 de ensayos clínicos con medicamentos: Punto de vista de la investigación independiente. *Investigación Clínica Farmacologica* 2004, Vol 1 (3): 35-38.

## **6. Aspectos éticos de los ensayos clínicos.**

### **6.1. Discriminación por razón de edad y ensayos clínicos.**

Las tecnologías médicas, especialmente en lo que respecta a la utilización de medicamentos, suelen ser evaluadas en muestras de pacientes especialmente seleccionados. Esta selección no se corresponde con la práctica real. Esto hace que sea difícil extrapolar los resultados obtenidos en ensayos clínicos a la práctica habitual.<sup>427</sup> Los ensayos clínicos como método experimental para evaluar la utilidad de medicamentos o de técnicas de curación no suficientemente probados, antes de proceder a una generalización de su uso, a través de la prueba en un grupo reducido de seres humanos, incide en el núcleo esencial de la dignidad e integridad humanas. Por eso, no es arbitrario tratar los ensayos clínicos desde la perspectiva de los derechos humanos para, en general, evitar sus perjuicios y favorecer, encauzar y organizar sus beneficios.<sup>428</sup> Al margen de todas las exigencias éticas plasmadas en las Declaraciones y textos normativos encaminados a regular y velar por que se cumplan los requisitos éticos en los ensayos clínicos, existe un silencio normativo en lo que respecta a las personas mayores. En su condición de grupo vulnerable, no es suficiente con la igualdad formal.

Los criterios de exclusión conforman uno de los pilares básicos del ensayo clínico. Para reclutar a los pacientes se ha de determinar previamente unos criterios de inclusión y unos de exclusión además de estimar el tamaño de la muestra necesaria. Algunos de los criterios de exclusión se aplican con el fin de proteger, excluyéndolos del ensayo, a posibles participantes que puedan ser grupos de riesgo elevado o que puedan presentar contraindicaciones específicas a alguno de los tratamientos probados. Aunque esto puede estar justificado en las primeras fases del estudio de un nuevo fármaco, también es cierto que en ocasiones se emplea una motivación aparentemente ética para excluir a determinados grupos del estudio. Existen grupos que hacen más

---

<sup>427</sup> GAVILÁN MORAL E et al. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. *Formación Médica Continuada*. 2013;20(1):22-6 23.

<sup>428</sup> PECES-BARBA, GREGORIO. *Derechos humanos e investigación Clínica*. Prólogo a BAKKE, OLAV M. CARNÉ CLADELLAS, XAVIER. GARCIA ALONSO, FERNANDO. *Ensayos clínicos con medicamentos. Fundamentos básicos, metodología y práctica*. Mosby / Doyma libros. Madrid 1995

complejo la realización del ensayo debido a su vulnerabilidad, pluripatología y heterogeneidad, como es el caso de las personas de edad avanzada. Al impedirse que sean sujetos de investigación clínica controlada, se favorece que posteriormente se conviertan en sujetos de una práctica clínica incontrolada”.

Las personas de más de 65 años no se incluyen, en general, en ensayos clínicos, lo que no evita que después reciban fármacos que han sido investigados en personas más jóvenes. Lo que en ocasiones ha producido auténticos problemas de toxicidad que podrían haberse evitado. Los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades más frecuentes entre los mayores deberían investigarse específicamente en ellos y si es necesario se debería revisar la legislación sobre ensayos clínicos con medicamentos, facilitando la participación de ancianos en los mismos.<sup>429</sup> La mayor parte de la evidencia sobre la eficacia clínica de los tratamientos en la gente mayor se basa en ensayos clínicos y estudios de cohortes de pequeño tamaño. Esta limitación de la investigación puede haber conducido a los clínicos a ser cautelosos a la hora de tratar a estos grupos de población, especialmente a las mujeres de edad, lo que podría estar detrás de su mayor índice de mortalidad hospitalaria en patologías como el infarto agudo de miocardio.<sup>430</sup>

Téngase en cuenta, que los fármacos, son aprobados para ser aplicados en unas condiciones y esas limitaciones dificultan sus efectos. En una línea muy parecida, cabría denunciar la práctica ausencia de ensayos clínicos con fármacos que incluyan a personas viejas o muy viejas, asumiendo el principio de extrapolación de beneficios de la población adulta en donde han sido validados. Este hecho es de alta relevancia, si tenemos en cuenta que son precisamente las personas mayores quienes más fármacos consumen.<sup>431</sup> La mayoría de los estudios coinciden en mostrar la existencia de un excesivo consumo de fármacos con una media diaria que oscila entre 4,5- 8 fármacos por persona y día. En estos trabajos se demuestra de un lado que este consumo conlleva

---

<sup>429</sup> MORALES-OLIVAS, FJ. *Investigación en envejecimiento. Aspectos relacionados con el uso de medicamentos*. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2001; 36(53): 31-32.

<sup>430</sup> BOWLING ANN Ageism in cardiology BMJ 1999;319:1353-1355.

<sup>431</sup> Gómez Pavón, J. ¿ Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad?. JANO EXTRA ABRIL, 2003 VOL. LXIV N° 1474.

un alto índice de efectos adversos y mortalidad y de otro que existe una mala prescripción en la mayoría de los casos.<sup>432</sup>

Si bien es sabido de todos que el consumo de medicamentos en personas de edad avanzada es superior al de la población más joven, habría que llegar a evaluar si las prescripciones que se están dispensando se ajustan a las necesidades reales de los pacientes o existen otras razones extra-terapéuticas que modifican la estructura del consumo.<sup>433</sup> Una cuestión a tener en cuenta, radica en el hecho que, a medida que la edad aumenta, la proporción o cociente de mujeres respecto a los hombres aumenta. Amplificado por el hecho de que las mujeres consumen más productos farmacéuticos que los hombres, la discriminación adquiere una inclinación sexista a la vez que ageista.<sup>434</sup> Probablemente, la mayor dificultad para llevar a cabo estos ensayos y el mayor coste que representaría (selección más difícil de pacientes, seguimiento más laborioso, menor grado de colaboración, etc.), pueden explicar este hecho. Es el caso del ensayo de un fármaco durante el embarazo, cosa que no es habitual que ocurra por el temor de las corporaciones farmacéuticas a los posibles efectos secundarios. Esto lleva a que para la mayoría de los fármacos sea impredecible determinar sus efectos durante el embarazo y por ello no se recomienden su utilización en ese estado. Lo mismo sucede con la exclusión de menores de edad en base a la incapacidad legal de los jóvenes a consentir. Con los ancianos pasaría igual, en los casos de capacidad limitada. En el capítulo 7, al hablar de autonomía, volvemos a tratar el tema.

También la exposición potencial a demandas legales diferidas puede ser un argumento de peso para que las compañías farmacéuticas excluyan de los ensayos a gente sin capacidad legal. Pero la exclusión del grupo de los mayores no está tan clara. Mientras que las exclusiones a otros grupos como menores y embarazadas se pueden explicar en términos de convenciones morales, sociales y legales, en el caso de los mayores solamente se basa en dos preocupaciones prácticas: en primer lugar, la

---

<sup>432</sup> BLASCO PATIÑO, F. MARTÍNEZ LÓPEZ DE LETONA, J. VILLARES, P. JIMÉNEZ, AI. *El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 29–N.º 6-2005.

<sup>433</sup> VVAA. *Estudios de utilización de medicamentos*. Instituto Nacional de la Salud. Secretaria General. Madrid 1988.

<sup>434</sup> GODLOVITCH G. *Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks*. Monash Bioeth Rev. 2003 Jul;22(3):66-77.

probabilidad de morir antes del final del ensayo y en segundo lugar, por la dificultad de atenuar o controlar los efectos de la plurimorbilidad en el anciano.<sup>435</sup>

Un argumento al que se recurre frecuentemente es que fijar un límite de edad superior reduce las posibilidades de salida del ensayo, cuestión no demostrada, ya que no existe evidencia científica de que la gente mayor cumpla en menor grado con los protocolos de la investigación. Los comités de ética están en una buena posición para influenciar la práctica de la investigación y reducir la discriminación de edad poco justificada. Deberían solicitar la justificación siempre que los protocolos incluyan una restricción por razón de edad.<sup>436</sup> Esta política promovería actitudes más positivas hacia la gente mayor entre investigadores así como tratamientos y servicios más seguros, más eficaces.

En este sentido, las Guías operativas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud<sup>437</sup> indican que la tarea principal de un Comité de Ética es la revisión de propuestas de investigación y de su documentación de apoyo, prestando atención especial al proceso de consentimiento informado, a la documentación, y a la viabilidad y lo adecuado del protocolo. Por ello, es objeto de especial atención las características de la población, de la que se extraerán los participantes de la investigación (incluyendo sexo, edad, educación, nivel económico, y etnia); criterios de inclusión de los participantes de la investigación; y los criterios de exclusión de los participantes de la investigación. A pesar de ello hubiera sido deseable una mayor rigurosidad en la determinación de causas de exclusión por edad y especificar la necesidad de su justificación. Esto mismo es aplicable en la normativa española, donde la preocupación se halla en la protección de los adultos incapaces y menores,<sup>438</sup> y se silencia la necesidad de justificación expresa para las exclusiones por razón de edad.

---

<sup>435</sup> GODLOVITCH G. *Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks*. Monash Bioeth Rev. 2003 Jul;22(3):66-77.

<sup>436</sup> MCMURDO, ME. WITHAM, MD. GILLESPIE, ND. *Including older people in clinical research*. BMJ, Nov 2005; 331: 1036 - 1037.

<sup>437</sup> *Guías Operacionales Para Comités de Ética que Evalúan Investigación Biomédica Organización Mundial de la Salud*. TDR/PRD/ETHICS/2000.1 Ginebra. 2000.

<sup>438</sup> El párrafo segundo del apartado 4, art. 60 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece que “en el caso de personas que no puedan emitir libremente su consentimiento, éste deberá ser otorgado por su representante legal previa instrucción y exposición ante el mismo del alcance y riesgos del ensayo. Será necesario, además, la conformidad del representado si sus condiciones le permiten comprender la naturaleza, importancia, alcance y riesgos del ensayo”.



A este respecto el *Real Decreto 223/2004*,<sup>439</sup> establece que se tomará en consideración por parte del Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente en particular «los criterios de selección y retirada de los sujetos del ensayo, así como la selección equitativa de la muestra». Lo que a efectos prácticos equivale a la exigencia de una especificación de los criterios escogidos más que de una justificación de los mismos.

Normalmente, los resultados de la investigación se presentan desagregados por subgrupos de edad. En una investigación común, el grupo de más edad, es la de los mayores de 65 años; en este subgrupo predominan muy probablemente los menores de 70 años. Estos subgrupos tienen peor pronóstico que los más jóvenes, lo que implica un condicionante durante el desarrollo clínico de un nuevo fármaco. Las personas de edad avanzada introducen heterogeneidad en los ensayos clínicos, lo que obliga a incrementar el tamaño de muestra y por consiguiente el coste del estudio. Por otra parte, los requerimientos normativos en este sentido son lo suficientemente ambiguos para ayudar a que esto ocurra. Es particularmente importante el estudio y comparación entre gente de edad avanzada y de mediana edad y sí la intervención produce diversos resultados en diversas edades.<sup>440</sup> A eso hay que unirles otro dato más y es que las mujeres están sistemáticamente infrarrepresentadas en todas las fases del desarrollo de los fármacos.<sup>441</sup> Por consiguiente, la exclusión de participantes mayores puede afectar a la generalización de los resultados de un estudio. Es una situación inversa a la enunciada por la Asamblea Médica Mundial (Declaración de Helsinki) al justificar a la investigación médica sólo si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, pueda beneficiarse de sus resultados.<sup>442</sup>

## **6.2. Casos concretos de discriminación en Ensayos clínicos.**

Los ensayos clínicos, en general, infrarrepresentan a la población anciana. Un dato para la reflexión: en el año 2000, sólo el 3,45% de los 8.945 ensayos clínicos

---

<sup>439</sup> Apartado c) del art. 17 del Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

<sup>440</sup> EBRAHIM, SHAH. KALACHE, ALEX. *Epidemiology in old age*. BMJ Publishing Group. London. 1996. p. 68.

<sup>441</sup> LAPORTE, JOAN RAMÓN. *op. cit.* p 67.

<sup>442</sup> Artículo 19 de la Declaración de Helsinki.

publicados y el 1,2% de los metaanálisis<sup>443</sup> estaban diseñados para la población anciana.<sup>444</sup>

### 6.2.1 Ensayos en cardiología

En la prestigiosa publicación científica, *British Medical Journal*, han publicado en los últimos años, diferentes estudios que corroboran la presencia de un ageísmo injustificado en materia de investigación clínica. Así, Bayer y Tadd,<sup>445</sup> evidenciaron que sobre 155 estudios de interés para grupos de edad avanzada, más de la mitad tenía un límite de edad superior injustificado y ni el comité local de ética ni el comité de ética de investigación multicéntrico habían solicitado la justificación para las restricciones de edad.

La estereotipia negativa (ageísmo) fue reflejada en comentarios de los estudios referidos en los que los participantes precisaban ser completamente “competentes”, “confiables”, “sin déficit sensorial” o “sin deterioro cognoscitivo”. Es decir que la exclusión podría haberse realizado directamente especificando que los sujetos no presentaran deterioro cognoscitivo sin recurrir a una exclusión genérica como es la de mayores de 65 años. Resulta obvio que puede haber mayores de 65 años con y sin las capacidades cognoscitivas plenas, como también puede ocurrir en los grupos de mayores de 55 años. Por tanto, la exclusión por razón de edad es injustificada. Por otra parte, solo un pequeño porcentaje de ancianos tiene deterioro cognitivo.<sup>446</sup> En cuanto al déficit sensorial, son dos cuestiones que se plantean. Ambos tienen implicaciones éticas. Primero, hay una necesidad de ensanchar los criterios de inclusión tanto como sea posible sin comprometer la integridad científica del estudio. En segundo lugar, existe la responsabilidad de mantener la dignidad y la comodidad razonable de las personas que han dado su consentimiento informado a la investigación.

---

<sup>443</sup> Los metaanálisis son un tipo de análisis estadístico del conjunto de resultados obtenidos en diferentes ensayos clínicos sobre una misma cuestión, con la finalidad de evaluarlos de manera conjunta.

<sup>444</sup> LÓPEZ-DÓRIGA, P. NEIRA ÁLVAREZ, M.MANSILLA LAGUÍA, S. Ensayos clínicos en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(2):100.

<sup>445</sup> BAYER A, TADD W. *Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study*. *BMJ*. 2000 Oct 21;321(7267):992-3.

<sup>446</sup> COUGHLIN, STEVEN. BEAUCHAMP, TOM. *Ethics and Epidemiology*. Oxford University Press. Oxford. 1996. p. 225.

Los participantes en ensayos clínicos suelen ser más jóvenes que los futuros usuarios de los fármacos evaluados.<sup>447</sup> En una revisión de 214 ensayos clínicos en los que se evaluaron posibles tratamientos del Infarto Agudo de Miocardio (en adelante IAM), se comprobó que un 60% excluyeron sistemáticamente (como criterio de exclusión) a los mayores de 75 años; no obstante, un 80 % de las muertes por IAM ocurren en mayores de 75 años. Análogamente a pesar de que los AINEs (Anti Inflamatorio No Esteroideos) se usan sobre todo en pacientes de edad avanzada, en otro estudio se comprobó que sólo un 2,1% de los participantes en ensayos clínicos sobre AINEs tenían más de 65 años.

En patologías concretas como puede ser la Insuficiencia Cardíaca Aguda, existe en los ensayos clínicos poca representación de pacientes muy ancianos y/o con alto grado de comorbilidad.<sup>448</sup>

### **6.2.2. Investigación y cáncer en el anciano.**

En investigación oncológica la situación es también preocupante. Según Laporte, la falta de representación de los pacientes de edad avanzada, entre los incluidos en ensayos clínicos, también ha sido documentada en oncología. Un análisis de las características de los 16.396 pacientes incluidos de manera consecutiva en 164 ensayos clínicos terapéuticos del *Southwest Oncology Group* entre 1993 y 1996 reveló que la proporción de mayores de 65 años entre los participantes en los ensayos clínicos había sido de 25%, pero entre los pacientes reales del censo de cáncer de Estados Unidos, los mayores de 65 años eran de un 63% (entre los pacientes con cáncer de mama, las proporciones de mayores de 65 años fueron respectivamente de 9% y 49%).<sup>449</sup>

---

<sup>447</sup> LAPORTE, JR. *Principios básicos de Investigación Clínica*. AstraZeneca. Barcelona 2001. p. 66.

<sup>448</sup> Pueden consultarse mas evidencias en : FORMAN DE, CANNON CP, HERNANDEZ AF, LIANG L, YANCY C, FONAROW GC. Influence of age on the management of heart failure: Findings from Get With theGuidelines-Heart Failure (GWTG-HF). *Am Heart J.* 2009;157:1010–7.50/ MARTÍN FJ, HERRERO P, LLORENS SORIANO P, GIL V. Epidemiology of heart failure inSpain: Toward a more global perspective. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:334–5.5/ MARTÍN-SÁNCHEZ, FJ. et al. Mensajes clave para la atención inicial del anciano con insuficiencia cardíaca aguda. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2015;50(4):185–194.

<sup>449</sup> LAPORTE, JR. *op. cit.* p. 67.

Son numerosos los autores que describen esta infra-representación<sup>450</sup> de los ancianos en la investigación oncológica. Según González Barón<sup>451</sup> et. alt., en el programa SEER (que es un registro de tumores poblacional que representa alrededor del 10% de la población de EE.UU.), el 63,5% de los varones diagnosticados de cáncer de pulmón son mayores de 65 años y sólo se incluyen en los ensayos clínicos el 47,3% de los pacientes mayores de 65 años. Por su parte, y aunque la mayoría de pacientes que padecen neoplasias sólidas son mayores de 65 años, la mayoría de los incluidos en ensayos clínicos con quimioterapia son menores de esa edad. Igualmente las mujeres de 70 o más años han sido generalmente excluidas de los ensayos preoperatorios aleatorizados que comparan la mastectomía parcial y la radiación con la mastectomía total; sin embargo, según Salgado<sup>452</sup> et alt., datos no aleatorizados sugieren que las mujeres mayores podrían tener una frecuencia particularmente baja después de la extirpación del tumor y radioterapia.

En el cáncer de mama, las mujeres más ancianas reciben terapia conservadora con menos frecuencia que las mujeres más jóvenes, y reciben terapia de radiación menos frecuentemente que las más jóvenes, del mismo modo que reciben terapia coadyuvante hormonal o quimioterapia menos frecuentemente que las mujeres más jóvenes.<sup>453</sup> Feliu y González al referirse a la insuficiente representación de las ancianas en los ensayos clínicos, apuntan a que *«las pacientes que entran en los ensayos clínicos suelen estar muy seleccionadas por su excelente condición física, por lo que pueden no ser representativas de lo que ocurre en la población geriátrica global»*<sup>454</sup>. Esto plantea muchas dudas en relación con el tratamiento de elección.

Como refiere González Barón,<sup>455</sup> en la práctica diaria no sirven los estrictos criterios de inclusión que se utilizan de manera habitual en los ensayos clínicos ya que solo permiten la inclusión de un sector de población muy seleccionado que no

---

<sup>450</sup> ISLA CASADO, D. *Cáncer de pulmón microcítico*. Arán Ediciones. Madrid, 2006.p. 98.

<sup>451</sup> GONZÁLEZ BARÓN, M. GONZÁLEZ MONTALVO, JI. FELIÚ BATLLE, J. *Cáncer en el anciano*. Masson, S.A. Barcelona, 2001: 347.

<sup>452</sup> VVAA. *Manual de Geriatria*. Masson SA, Barcelona, 2002: pág. 602

<sup>453</sup> EMANUEL, E. *Inequidades, Bioética y Sistemas de Salud*. En LOLAS STEPKE, F. (Editor) «Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Organización Panamericana de la Salud». Organización Mundial de la Salud. Santiago de Chile:2000. Disponible en: <http://www.fri.bioetica.org/bibliografia/lolas2.pdf#page=51> Con acceso el 12/03/2012. p. 101.

<sup>454</sup> J. Feliu, J.I. González-Montalvo /Controversias en el manejo del cáncer de mama en mujeres de edad muy avanzada Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(5):191–192.

<sup>455</sup> GONZALEZ BARÓN, M. *op. cit.* p. 220.

representa a la mayoría de enfermos, lo que algunos autores lo han comparado con la punta del iceberg. Esto hace que las conclusiones que puedan extrapolarse de estos estudios no sean extrapolables al resto de la población geriátrica, que por otra parte es la más numerosa. Por ello, deberían diseñar estudios para que pudieran incluirse la práctica totalidad de los ancianos.

### **6. 2.3. Investigación en psiquiatría y neurología geriátrica.**

Los adultos mayores están expuestos a presentar diversas formas de sintomatología psicótica y trastornos asociados como esquizofrenia, psicosis, depresión, trastornos bipolares entre otros. Aún así, siguiendo a Agüera,<sup>456</sup> el número de ensayos clínicos realizados con ancianos psicóticos, en especial los diseñados para el registro de indicaciones, es hasta el momento insuficiente. Este hecho contrasta con la proporción de pacientes de edad avanzada que presentan fenómenos psicóticos, superior al resto de las edades. Incluso cabe añadir que los nuevos fármacos antipsicóticos no han seguido aún los costosos y complejos procesos para conseguir la indicación en todas las enfermedades psicóticas y mucho menos en los ancianos.

Llama la atención que suceda algo parecido en enfermedades propias de la vejez como es la enfermedad de Alzheimer. Esta enfermedad, en palabras de Rodríguez<sup>457</sup> que cita a Martínez Lage, constituirá la mayor crisis contra la salud pública en el siglo XXI en los países desarrollados, con un 98% de casos en personas mayores de 65 años, a las que les afecta en una proporción de alrededor del 15%, con una tasa correlacionada fuertemente con el progresivo aumento de edad. Sin embargo, como se ha puesto de manifiesto en una reciente Revisión Sistemática (Clare y Woods) para evaluar la eficacia de intervenciones de rehabilitación cognitiva encaminada a mejorar el funcionamiento de la memoria en las primeras etapas de la Enfermedad de Alzheimer, sólo se halló un número limitado de ensayos clínicos disponibles.<sup>458</sup>

---

<sup>456</sup> AGÜERA ORTIZ, L.: *Psicofármacos*. En AGÜERA ORTIZ, L. CERVILLA BALLESTEROS, J. MARTÍN CARRASCO, M. *Psiquiatría geriátrica*. Masson. Barcelona, 2006; p. 729.

<sup>457</sup> RODRIGUEZ ROVIRA, E. Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor. Academia de medicina de Cantabria. Núm 194. Santander, Diciembre 2004. p. 26.

<sup>458</sup> MARTÍNEZ PIÉDROLA, RM. MIANGOLARRA PAGE, JC. *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer: Formación y asistencia*. Editorial Ramón Areces, Madrid. 2006. p. 144.

## 7. Las normas de buena práctica en la investigación clínica

Las normas de buena práctica clínica (BPC) son un conjunto de condiciones que debe cumplir un ensayo clínico para asegurar que se ha efectuado siguiendo un protocolo científicamente adecuado, respetando los derechos de los pacientes incluidos en el mismo y garantizando la validez de los datos y resultados obtenidos.<sup>459</sup> Las BPC son medidas de carácter administrativo que deben ser observadas para que el informe de un ensayo clínico, sea aceptado por las autoridades sanitarias como demostración de la seguridad y eficacia de un nuevo medicamento.<sup>460</sup>

En la base de estas normas esta la prevención del fraude científico. En relación con personas de edad el mayor énfasis, después de lo descrito anteriormente, debe hacerse en dos momentos o procesos del protocolo. En primer lugar en la obtención del Consentimiento informado, debido a la vulnerabilidad del anciano. La vulnerabilidad según Arboleda-Flórez se refiere a la incapacidad sustancial de proteger sus propios intereses debido a impedimentos tales como la falta de capacidad de dar un consentimiento informado, la falta de medios, etc. De ahí que la Comisión Jurídica del Reino Unido propusiera que se denominara vulnerable a una persona si “por razones de vejez... ésta no puede atenderse o protegerse de otros.”<sup>461</sup>

El segundo momento donde se produce la discriminación se sitúa en el reclutamiento o selección de los participantes en el ensayo. Ya hemos indicado el sesgo de selección que presentan los ensayos clínicos.

Emanuel<sup>462</sup> ha tratado el tema de la selección equitativa de los sujetos de investigación, para lo que han de cumplirse cuatro requisitos:

---

<sup>459</sup> VALLVÉ, C. Cap. 4 Normas de buena práctica clínica. En LAPORTE, JOAN RAMÓN. *Principios básicos de Investigación Clínica*. AstraZeneca. Barcelona 2001. p. 55

<sup>460</sup> HERRERA CARRANZA, J. *Manual de farmacia clínica y Atención Farmacéutica*. Elsevier España, Barcelona, 2003: p. 195.

<sup>461</sup> ARBOLEDA-FLOREZ, J. *La investigación en sujetos humanos: poblaciones vulnerables*. En LOLAS, F QUEZADA, A (Edit.) «Pautas éticas de Investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas». OPS-OMS. Santiago de Chile, 2003: p. 130.

<sup>462</sup> EMANUEL, EZEKIEL, *op. cit.* p. 86.

- Asegurar que se seleccionen grupos específicos de sujetos por razones relacionadas con las interrogantes científicas incluidas en la investigación.
- Ofrecer a todos los grupos la oportunidad de participar en la investigación a menos que existan buenas razones científicas o de riesgo que restringiesen su elegibilidad.
  - Aquellos que se reclutan como sujetos estarán en condiciones de beneficiarse si la investigación proporciona un resultado positivo, como ser un nuevo tratamiento.
  - Debe haber una interacción dinámica entre la selección equitativa de los sujetos y la garantía de una razón de riesgo-beneficio apropiada.

La gente mayor puede ser excluida de la investigación clínica por otras razones. A menudo la decisión a participar en la investigación no se toma por la persona mayor solamente. Los cuidadores y miembros de la familia intervienen en la decisión para participar en el estudio, y el investigador tiene que establecer simpatía con los miembros del paciente y de la familia, lo que es visto generalmente como una tarea desperdiciadora de tiempo y complicada.<sup>463</sup> En la tabla 7, se resumen las razones más frecuentes de la exclusión de los ensayos clínicos:

<b>Tabla 7.</b> Razones de la exclusión de los ensayos clínicos Tomado de Martínez y Vázquez <sup>464</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen negativa de los adultos mayores</li> <li>• Mayor coste en la realización del Ensayo Clínico</li> <li>• Dificultades prácticas</li> <li>• Exposición potencial a demandas legales</li> <li>• Introducción de heterogeneidad en los Ensayos Clínicos</li> <li>• Razones familiares</li> </ul>

La selección equitativa de sujetos se justifica por el principio de la justicia distributiva, el concepto de que los beneficios y las cargas de la vida social deben ser

<sup>463</sup> BUGEJA G, KUMAR A, BANERJEE AK. *Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports*. British Medical Journal. 1997 Oct 25;315(7115):1059.

<sup>464</sup> MARTÍNEZ QUES, AA; VÁZQUEZ CAMPO, M. *La investigación y la discriminación por edad. La exclusión de ancianos de los ensayos clínicos*. Ética de los Cuidados. 2010 jul-dic; 3(6). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n6/et0601.php>>

distribuidos equitativamente. Su esencia radica en la necesidad científica de guiar la selección de los sujetos y que los criterios de elegibilidad usados sean los más amplios posibles compatibles con la interrogante de la investigación y con la minimización de riesgos posibles.

La investigación de los problemas relacionados con el uso de los medicamentos en los ancianos puede mejorar la atención sanitaria para este grupo de edad y además puede disminuir los costes económicos y sociales derivados de actuaciones inadecuadas que no siempre se basan en criterios científicos.<sup>465</sup> Como conclusión, en la selección de criterios e inclusión debe tener en cuenta la edad biológica, no la cronológica, por lo que cualquier estudio poblacional que incluya o excluya a individuos por razón de la edad cronológica y atribuya a ésta efectos causales tendrá un error inferencial y otro de premisa.<sup>466</sup>

De ahí el importante papel que les corresponde a los Comités Éticos de Investigación.<sup>467</sup> Este papel ya ha sido resaltado por ejemplo para la adecuada representación de las mujeres en los ensayos clínicos. Si se atiende a la realidad, en palabras de Verdú,<sup>468</sup> el diseño de los futuros Ensayos Clínicos debería adaptarse a la realidad demográfica, y cualquier desviación en ese campo debería ser corregida antes del inicio de la experimentación. Como se dijo anteriormente, hay que prestar atención a las características de la población y a los criterios de inclusión/exclusión de los participantes.

---

<sup>465</sup> MORALES-OLIVAS, FJ. *Investigación en envejecimiento. Aspectos relacionados con el uso de medicamentos*. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2001; 36(53): 31-32.

<sup>466</sup> LÓPEZ-NAVIDAD, A. KULISEVSKY, J. CABALLERO, F. *El donante de órganos y tejidos*. Springer Iberica. Barcelona, 1997: 334.

<sup>467</sup> Los Comités Éticos de Investigación (CEI), han sido creados por la reciente Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, que sustituyen a los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC), regulados anteriormente por el Real Decreto 561/1993.

<sup>468</sup> VERDÚ PASCUAL, F. CASTELLÓ PONCE; A. *Los ancianos en los ensayos clínicos: olvidados, utilizados ¿tratados mal?*. Ciencia Forense 3/2001: 171-188.





**CAPITULO 6. DISTRIBUCION DE RECURSOS EN UNA**  
**SOCIEDAD ENVEJECIDA**



## **CAPITULO 6. DISTRIBUCION DE RECURSOS EN UNA SOCIEDAD ENVEJECIDA**

**Sumario:** 1. Indicadores demográficos y longevidad. 1.1. Esperanza media de vida. 1.2. El potencial de vida. 2. La ciencia y el debate bioético sobre la Longevidad. 2.1. La cuestión de la longevidad. 2.2. El estado de la ciencia sobre el envejecimiento. 2.2.1. Las teorías explicativas del envejecimiento. 2.2.2. Estado actual de la ciencia sobre el envejecimiento. 3. Los límites de la medicina y control de gastos. 3.1. Posturas arrestrictivas. 3.2. Posturas restrictivas. 3.3. Posturas ponderadas. 3.4. Los límites de la medicina: Crítica a los postulados de Callahan. 4. Uso de recursos y la justicia distributiva. 4.1 Gasto sanitario y envejecimiento. 4.2 Justicia distributiva. Distribución de recursos.

### **1º Indicadores demográficos y longevidad.**

Al hablar de envejecimiento se utilizan algunos conceptos que pueden parecer sinónimos, por lo que antes de nada es necesario explicar la diferencia entre longitud de vida, longevidad, esperanza de vida y expectativa de vida. Igualmente nos ocuparemos de las connotaciones éticas que suponen la utilización de un indicador u otro.

La esperanza de vida es el indicador más utilizado para comparar la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones<sup>469</sup> y del que se pueden extrapolar las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. Este indicador ha aumentado significativamente en las últimas décadas. El Instituto Nacional de

---

<sup>469</sup>INE. Esperanza de vida. 2015. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&p\\_agename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&p_agename=ProductosYServicios/PYSLayout)

Estadística (INE) lo define como el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado.

La diferencia del envejecimiento entre hombres y mujeres proporciona otro indicador significativo: *la Brecha de género* (mujeres-hombres). Consiste en la diferencia en años, entre la esperanza de vida a distintas edades de la mujer y la esperanza de vida del hombre. Esta diferencia a favor de la mujer se ha ido reduciendo en los últimos años, 6,8 años de diferencia a favor de la mujer en el año 2000, 6 años en el año 2010 y 5,6 años en el año 2014<sup>470</sup>.

La *longitud de la vida* es el tiempo que vive un individuo determinado, desde que nace hasta que muere. La *longevidad*, o vida máxima, es el tiempo máximo que un individuo de una especie puede llegar a vivir en el mejor de los casos y en las mejores condiciones posibles<sup>471</sup>. La longevidad es el límite extremo de la vida humana, una edad más allá de la que nadie puede esperar vivir. Los gerontólogos estiman la longevidad de la especie *Homo Sapiens* en torno a los 110-120 años,<sup>472</sup> cifra que se mantiene constante en la historia. Por el contrario, la esperanza de vida tiene valores cambiantes y depende de distintos factores.<sup>473</sup>

Con el transcurso del tiempo se modifican las condiciones de vida, lo que incide en la morbilidad y la mortalidad del individuo, por lo que se diferencian dos indicadores para tener en cuenta este aspecto. Uno de ellos es la *Esperanza de vida al nacimiento* o número medio de años que se espera que un individuo viva desde el momento de su nacimiento, si se mantiene el patrón de la mortalidad del periodo observado. El otro indicador es la *Esperanza de vida a una cierta edad x* que es el número medio de años de vida futura a partir de la edad x, si se mantiene el patrón de la mortalidad del periodo observado.

---

<sup>470</sup> Datos del INE. Año 2014.

<sup>471</sup> MARFANY, G. SOLEY, M. *¿Por qué envejecemos? La respuesta de la ciencia a una vieja preocupación humana*. Barcelona, Universitat de Barcelona, 2012. p. 21.

<sup>472</sup> KART, CS. METRESS, EM. *Human Aging and Chronic Disease*. Jones and Bartlett Publishers Sudbury, Massachusetts. 1992. p. 12

<sup>473</sup> MARFANY, G. SOLEY, M. *Ibidem*. p. 22.

## 1.1. Esperanza media de vida

Cuando se creó en 1935 el programa de la Seguridad Social en los Estados Unidos, instaron a los técnicos responsables a determinar la solvencia futura y hacer los pronósticos del número de los beneficiarios anuales del programa. Conforme a la metodología aceptada, idearon un acercamiento matemático para extrapolar más allá de las tendencias de esperanza de vida (mortalidad) en el futuro. La lógica y la metodología eran simples. Si la esperanza de vida en el nacimiento había aumentado en dos años en las dos décadas anteriores, el modelo de extrapolación daba como resultado un aumento proyectado en la esperanza de vida de dos años en las dos décadas siguientes.

A lo largo del siglo XX, la administración de la Seguridad Social (SSA) subestimó constantemente la subida de la esperanza de vida. Consecuentemente, los límites superiores a la esperanza de vida proyectada por el modelo de SSA excedían a menudo en unos años. Además, los técnicos de la SSA creyeron en un límite biológico fijo de la vida humana, una visión ahora desacreditada que fue apoyada en ese entonces por una predicción aceptada de que la subida de la esperanza de vida pronto comenzaría a disminuir.<sup>474</sup>

Recientemente, el modelo de la extrapolación se ha invocado para declarar que la historia se repetirá y la esperanza de vida humana continuará elevándose en el futuro. Además, las predicciones de la longevidad extrema (esperanza de vida de 100 años o más) producidas por estos modelos no son apoyadas por la evidencia biológica. La esperanza de vida es una estadística derivada de una población, producto de una historia evolutiva que estableció el tiempo del crecimiento, del desarrollo y de la maduración necesitada para sobrevivir y para reproducirse. La imagen de un poder transformador de lo biológico como garantía para la duración de la vida fue utilizada para capturar una realidad biológica universal e innegable - la supervivencia indefinida no es posible, y la duración de la vida seguiría siendo limitada incluso si cada causa de la muerte prematura pudiera ser eliminada.

¿Es la vida humana un estándar absoluto? ¿O podemos contar con una extensión significativa de la longitud de la vida? Algunos autores han compartido siempre la visión de que la vida humana se debe alargar indefinidamente, fenómeno descrito como

---

<sup>474</sup> CARNES, BRUCE A. OLSHANSKY, S. JAY. GRAHN, DOUGLAS. *Biological evidence for limits to the duration of life*. *Biogerontology* 4: 31–45, 2003.

*prolongevity*, definida como la extensión significativa de la longitud de la vida por la acción humana (Gruman, citado por Kart et al<sup>475</sup>). Otros creen que los nuevos tratamientos y la biotecnología, al igual que hábitos más saludables de vida, pueden continuar aumentando la esperanza de vida pero que no así la longevidad que es poco probable que aumente.

Existen dudas más que razonables para cuestionar los casos de superlongevos declarados de más de 120 años. Por otra parte, las consecuencias de una prolongación de la vida dividen a los biogerontólogos. Los beneficios del aumento en la esperanza de vida libre de discapacidades a medida que envejece la persona son obvios; no sólo reduciría el coste que suponen dichas discapacidades (para los propios discapacitados, sus familias y toda la sociedad) sino que permitiría a las personas mayores seguir desempeñando papeles importantes en la sociedad y a la vez, mejoraría la imagen pública de las personas mayores como ciudadanos activos. Hasta el momento no hay datos claros que indiquen que la mayor esperanza de vida suponga ventajas significativas en términos de años vividos sin discapacidad.

## **1.2. El potencial de vida.**

El potencial de vida, o años potenciales de vida, es el tiempo en años que puede esperar vivir una persona de una generación dada,  $s$ , a partir del momento presente,  $t$ . Consideraremos que, en el momento  $t$ , el potencial de vida de una persona nacida en el momento  $s$  en una sociedad viene dada por la esperanza de vida en la sociedad de referencia considerada a su edad actual,  $x$ .<sup>476</sup>

En lo que sigue realizaremos una interpretación personalizada de las tesis mantenidas por Robin Small<sup>477</sup> en la medida que ponen en evidencia como los enfoques

---

<sup>475</sup> KART, CS. METRESS, EM. *op. cit.* p. 13.

<sup>476</sup> PINILLA PALLEJÁ, R. BGOERLICH GISBERT, FJ. MATILLA GARCÍA, M. Potencial de vida, esperanza de vida y envejecimiento como componentes en la teoría del capital humano. Evolución en España (1900-1998). XXIV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD El Escorial. 26, 27 y 28 mayo, 2004. Disponible en: <http://www.fgcasal.org/aes/docs/pinillagoerlichmatilla1.pdf>

<sup>477</sup> SMALL, R. *The Ethics of life Expectancy*. Bioethics. Volume 16 number 4. Blacwell Publishers. Oxford. 2002.

ageístas pueden estar imbricados en conceptos demográficos de manejo habitual en la investigación y asistencia sanitaria.

La esperanza de vida es entendida como un concepto estadístico antes que como un concepto moral o ético. Con todo, su significación se convierte en una cuestión ética cuando entra en la deliberación práctica: es decir, cuando las diferencias en las esperanzas de vida de individuos o los grupos de personas se toman para determinar las opciones que afectan sus vidas de manera importante. ¿Cuánto peso se debe dar a la esperanza de vida en este contexto? Una respuesta a esta pregunta puede ser dada solo cuando el concepto se mira con cierto detalle.

Parece natural mirar a la muerte como un mal, aunque a los filósofos no les ha resultado fácil decir en qué consiste este mal o aún cuando ocurre. Además, tenemos una sensación o la intuición de que la muerte de una persona joven es peor que la muerte de una persona mayor. Igualmente, por otro lado, tenemos la sensación que la vida de una persona vale exactamente igual que otra persona. Paradójicamente se adivina cierta contradicción entre las dos visiones, conduciendo a dilemas que son especialmente evidentes en el área de la medicina, y por extensión en el ámbito investigador.

Partiremos de la premisa que una persona más joven tiene una mayor probabilidad de vivir más que una persona anciana. Identificar lo malo de la muerte con una pérdida de expectativa de la vida viene a considerar que una muerte temprana o prematura es un mal mayor que una muerte aplazada, porque implica una mayor pérdida. La esperanza de vida como constructo, implica unas asunciones que hacen que tenga significación ética. Este proceso implica una convención: de hecho, proyectando los actuales patrones de la mortalidad en el futuro, las asunciones basadas en experiencias previas demuestran ser falsas. A mayor abundamiento, cuando se clasifica la información según factores tales como edad, sexo y raza, proporciona los resultados separados para los grupos correspondientes.

Algunos de los problemas éticos que rodean esperanza de vida se refieren a personas individuales, a otras a los grupos o a las poblaciones. ¿Debe la investigación científica dar prioridad según la edad en diversas enfermedades que afectan la mayoría?



¿Igualmente, en el tratamiento médico, debe favorecerse un paciente más joven sobre el más viejo?

El hecho de que la edad sea el factor de predicción principal de la esperanza de vida (aunque no es la única), nos dispone a entablar discusiones sobre vida futura posible en base a discusiones sobre la vida pasada. Como hemos dicho, la mayoría tiene la sensación de que la vida de la persona vale igual que la vida de otra persona.

¿Se puede esto interpretar como principio ético? Consideremos las tres premisas siguientes:

- a. El conjunto de una vida de la persona vale tanto como el conjunto de la vida de otra persona.
- b. Un año de una vida de la persona vale tanto como un año de la vida de otra persona.
- c. El resto de una vida de la persona vale tanto como el resto de la vida de otra persona.

Cada uno de éstos postulados propuestos por Small, se podría proponer como expresión universal de nuestro sentimiento moral, y como punto de partida para las perspectivas éticas que implica la esperanza de vida. Cada uno de ellas se puede ver plausible como principio de imparcialidad o de justicia. Pero el debate ha generado tensiones fuertes sobre posturas a favor y en contra de la investigación en el anciano y en general con la presencia de ageísmo en la política sanitaria.

Small propone para superar estos dilemas, apoyarse en el concepto de pérdida de vida potencial. Cada persona, sea joven o viejo, tiene cierta perspectiva de vida adicional. En España,<sup>478</sup> por ejemplo, un recién nacido puede esperar actualmente llegar a vivir 80 años si es hombre y 85 años si es mujer. Una persona de 65 años puede esperar a vivir 19 años más si es hombre y 22 en el caso de que sea mujer. Una persona cuya edad es de 88 años puede esperar vivir cinco años más; y así sucesivamente. Una sencilla cuenta, sirve para comprobar que conforme se va acercando uno a la edad señalada como esperanza media de vida, la expectativa de vida va disminuyendo. Y las cifras de esperanza al nacimiento y a determinada edad acaban por no coincidir.

---

<sup>478</sup> Con datos correspondientes a la esperanza media de vida del año 2014. Fuente: INE.

La esperanza de vida es una figura media, y como tal es engañosa. La esperanza de vida nos dice solamente qué edad podemos esperar alcanzar, con los datos que disponemos actualmente. La esperanza de vida ha aumentado considerablemente para cada edad dada en países desarrollados a lo largo del transcurso del tiempo moderno, y por esta razón los intervalos sucesivos serían más largos que los que se han dado en el ejemplo. Una estimación de la esperanza de vida para cualquier edad se realiza considerando los índices de mortalidad actuales. Es la longitud del tiempo media que las personas de esa edad continuarían viviendo si esos índices de mortalidad se aplicaran a lo largo de su vida. Son proyecciones de futuro. Significa el período restante de la vida que podemos esperar tener, no la vida total.

En general, nuestra esperanza de vida disminuye a la vez que envejecemos. De hecho, puede parecer obvio que la esperanza de vida de un anciano sea menor que la de una persona más joven. Con todo esto no es una verdad necesaria. En los países de África y de Asia donde la mortalidad infantil es alta, la esperanza de vida a la edad de 10 años es mayor que la esperanza de vida al nacer.

Pero la edad es solamente uno de los factores que determinan las esperanzas de vida de la gente. El tabaquismo, el alcohol, la obesidad, el sedentarismo, son también relevantes en la expectativa de la vida. La conclusión se podía expresar según Small de la siguiente forma: las personas individuales no tienen una esperanza de vida. Eso puede parecer una exageración, pero resulta una advertencia útil contra la toma de decisiones importantes sobre la vida de la gente en base a criterios cronológicos-estadísticos.

Cada persona, en general, tiene cierto potencial de vida, y para cualquier persona que muera se puede decir que ha perdido un cierto período de vida potencial. Podemos medir esta pérdida midiendo cuánto tiempo habrían vivido los individuos si no hubieran muerto cuando lo hicieron. Con esto en mente, la reducción de la esperanza de vida es una pérdida de vida potencial, pero la reflexión es incorrecta: no perdemos ninguna vida que puede ser que hayamos tenido de otra manera simplemente envejeciendo. Los hábitos no saludables pueden reducir la esperanza de vida, pero el resultado sigue siendo una pérdida de vida potencial que ha de ser considerado en cada caso. Identificar pérdida de vida potencial con la expectativa de la vida no es correcto.

La consecuencia es la apreciación de que una persona a la edad de 80 años ha cumplido su expectativa o esperanza de vida, mientras que examinado con el concepto de vida potencial puede que le resten aún una decena de años de vida potencial.

Harris,<sup>479</sup> parte del principio de igualdad de oportunidades en el acceso al sistema público de salud, entendido en su sentido amplio, por su capacidad de beneficiarse de los progresos científicos. Así entiende este autor, que ese derecho a la igualdad no puede ser valorado en función del tiempo de vida restante que le corresponda vivir. En base a los conceptos de vida potencial, puede comprenderse la aplicación de los principios de justicia distributiva<sup>480</sup>.

Todo lo dicho anteriormente ha de servirnos para argumentar que es preciso cambiar los conceptos establecidos en torno a la demografía sanitaria en la toma de decisiones clínicas, por que globalmente considerados perpetúan un cierto ageísmo y pueden resultar malos indicadores a la hora de tomar decisiones que afecten a los ancianos, tanto a nivel asistencial como a nivel investigador. Y puede cambiar nuestro concepto y prioridades acerca del estudio de la longevidad. Las implicaciones éticas en torno al valor de la vida de una persona y en particular de los ancianos, deben ser reconsideradas en estos términos. El debate ético sobre la longevidad debe contemplarse en paralelo al debate sobre el final de la vida, que debe proseguir, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en éste ámbito y de analizar las vías para su armonización.

## **2º La ciencia y el debate bioético sobre la longevidad.**

*Nascimur uno modo, multis morimu.* (Nacemos de una forma, morimos de muchas).

La investigación en la biología del envejecimiento sugiere la posibilidad de frenar la decadencia<sup>481</sup> mental y corporal que suceden con la edad avanzada,

---

<sup>479</sup> HARRIS, J. *Justice and Equal Opportunities in Health Care*. Bioethics, Volume 13, Number 5, October 1999, pp. 392-404 Blackwell Publishing. Oxford. 1999

<sup>480</sup> En el último apartado de este capítulo se desarrollará con mayor profundidad la cuestión de la justicia distributiva.

<sup>481</sup> La decadencia es un concepto más filosófico que físico.

extendiendo la longevidad y la productividad de los seres humanos. Cualquier noticia acerca del descubrimiento de nuevos productos que retrasen el envejecimiento, despierta un gran interés entre la población y en especial en la industria, que ve en ello una oportunidad de negocio. Lo cierto es que la ciencia, al reducir las posibles causas de muerte, prolonga la vida de los afectados, pero no evita la muerte. Se reconoce por otra parte, que la medicina no actúa directamente incrementando el valor máximo de la esperanza de vida, al margen de logros reseñables (como la disminución de la mortalidad infantil).

En una sociedad demográficamente envejecida como la nuestra, la mera posibilidad de alargar el envejecimiento, hace saltar las alarmas contables de la Seguridad Social, y surgen dudas de cómo hacer sostenible el sistema de pensiones. En lo que respecta a una Sociedad Global, la ampliación de la vida de las personas, pasaría por enfrentar algunos problemas de significación planetaria: la superpoblación, la contaminación ambiental y el abastecimiento de alimentos y agua potable para todos<sup>482</sup>.

La mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc., a medida que aumenta la edad, plantea que el alargamiento de la vida lo sea en cuanto a aumento de años libres de discapacidad. Existe la necesidad de un consenso social que dé respuesta al cuándo y cómo deja de tener sentido prolongar la vida.

Portera Sánchez ilustra sobre un hipotético incremento de la longevidad de forma positiva con las siguientes palabras:

*«El incremento o acortamiento artificial de la supervivencia plantea otras curiosas posibilidades. ¿En qué lugar del inacabable progreso estaría la humanidad si científicos como Ramón y Cajal o Einstein o artistas como Picasso o Stravinski hubieran vivido 150 años? Todas esas preguntas provocan hoy, una divertida inquietud porque son sólo ficticias. Pero, si en un futuro día los biólogos consiguen prolongar la vida, estas posibilidades dejarán de ser ficción y podrán ser usadas libremente por voluntad individual o impuesta a personas seleccionadas por poderosos grupos sociales con intereses particulares. En ambos casos, los sorprendentes resultados podrían*

---

<sup>482</sup> KIRKWOOD, T. El fin del envejecimiento. Ciencia y longevidad. Barcelona, Tusquets Editores, 2000. p. 33.

*transformar artificialmente la sociedad y cambiar, a voluntad, el concepto y contenido del futuro».*<sup>483</sup>

## 2.1. La cuestión de la longevidad.

La reflexión acerca de la longevidad humana está siendo de un renovado interés desde una nueva disciplina llamada biogerontología. Pero el interés no es nuevo, ya que han sido muchos filósofos, a lo largo de la historia, que han especulado sobre la extensión de la vida humana. La inmortalidad ha sido el gran sueño de la humanidad<sup>484</sup>, y la búsqueda de la fuente de la eterna juventud<sup>485</sup> ha dado origen a una multitud de leyendas y novelas sobre este tema. Desde tiempo inmemorial, la gente ha buscado en la magia, los rezos o las dietas el remedio para burlar la muerte.<sup>486</sup>

Como curiosidad, el relato bíblico<sup>487</sup> contiene casos de longevidad extrema, como Matusalén al que se le atribuyen 969 años, Noé, 950 años; tras el diluvio la longevidad baja hasta los 175 años de Abraham y los 120 de Moisés<sup>488</sup>. Existen por otra parte, relatos que versan acerca de individuos con una ancianidad prolongada en el tiempo, y de lugares donde las personas no envejecen (el mito de Sangri-La).

Todos estos datos son de veracidad más que dudosa, no contrastados, y difíciles de sostener con los datos científicos disponibles. El caso de longevidad extrema documentado fehacientemente (aunque también con ciertas reservas) es el de la francesa Jeanne Louise Calment, nacida en 1875 y que falleció a la edad de 122 años y 5 meses.<sup>489</sup>

---

<sup>483</sup> PORTERA, A. *Envejecimiento En El Siglo XXI*. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1993. p. 35.

<sup>484</sup> En la base de muchas religiones abrahámicas (cristianismo, judaísmo e islam), esta la promesa de la vida eterna.

<sup>485</sup> Juan Ponce de León, descubridor del Estado de la Florida, emprendió una expedición en 1513 para tratar de localizar la fuente de la eterna juventud.

<sup>486</sup> SKRABANEK, P. *La muerte de la medicina con rostro humano*. Madrid, Diaz de Santos, 1999. p.39.

<sup>487</sup> Un pasaje bíblico que no deja de sorprender en cuanto a los cálculos de la longevidad humana está contenido en el **Génesis 6:3**, donde se puede leer literalmente:

*Dijo entonces el Señor:*

*- Mi aliento no permanecerá por siempre en el hombre, porque es mortal; la duración de su vida será de **ciento veinte** años.*

<sup>488</sup> MARFANY, G. SOLEY, M. *op. cit.* p.19.

<sup>489</sup> KIRKWOOD, T. *op.cit.* p.53.

En la tabla 8 se detalla la relación de los supercentenarios (mayores de 110 años) vivos a fecha de diciembre de 2014, lista que ha sido verificada por el *Gerontology Research Group*. Joan Riudavets Moll ha sido el español más longevo de todos los tiempos con una edad verificada a su muerte, de 114 años y 81 días.

<b>Tabla 8: Supercentenarios (Verificados) a fecha 2 de diciembre de 2014.</b>						
	Lugar de nacimiento	Nombre	Nacimiento	Años	Días	Sexo
1	Japan	Misao Okawa	1898	116	272	F
2	U.S. (AR)	Gertrude Weaver	1898	116	151	F
3	U.S. (GA)	Jeralean Talley	1899	115	193	F
4	U.S. (AL)	Susannah Mushatt Jones	1899	115	149	F
5	U.S. (MA)	Bernice Madigan	1899	115	131	F
6	Italy	Emma Morano Martinuzzi	1899	115	3	F
7	Jamaica	Violet Brown	1900	114	267	F
8	Puerto Rico	Antonia Gerena Rivera	1900	114	197	F
9	England (UK)	Ethel Lang	1900	114	189	F
10	Japan	Nabi Tajima	1900	114	120	F

Elaboración propia  
**Fuente:** Gerontology Research Group. En: <http://grg.org/Adams/E.HTM>

¿Qué sabemos sobre los límites de la existencia humana? ¿Es posible retardar el envejecimiento? ¿Qué consecuencias sociales podría tener un aumento significativo de la longevidad? Y lo que nos interesa, qué consecuencias puede tener para el derecho, desde una reflexión iusfilosófica. Todas estas preguntas plantean hondas implicaciones ético-jurídicas que apenas se han esbozado a debatir.

Hace unos 150 años, Joaquín Hisern<sup>490</sup> en un discurso pronunciado en la Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la nueva, ya se refería a los tres problemas fundamentales que plantea la longevidad artificial humana:

*«Lo que más interesa a los hombres resolver, es si hay medios en la naturaleza y en el arte para retardar, para detener, y para hacer retrogradar el curso natural ó el*

<sup>490</sup> HISERN, J. *La filosofía médica reinante. Examen crítico de sus fundamentos teóricos y prácticos, y principios generales de sus reformas útiles a la humanidad, a la ciencia y al arte médicas*. Discurso pronunciado en la solemne inauguración de las sesiones literarias y científicas de la Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la nueva. El día 20 de Enero de 1848. p. 242.

*accidental de las edades; si los hay para alejar la época de la muerte natural y necesaria; conocer cuáles son estos medios, y determinar los métodos de emplearlos con probabilidad de buen éxito».*

El impacto de la investigación biomédica sobre el envejecimiento, el desarrollo de la biotecnología, el incremento de la esperanza de vida, de la longevidad activa libre de discapacidad, augura en un futuro próximo nuevos avances revolucionarios en este terreno.

García distingue tres grandes posturas sobre la longevidad humana.<sup>491</sup> En primer lugar, los futuristas, que creen que algún día se podrá alcanzar la inmortalidad. En segundo lugar los optimistas o expansionistas, que sostienen que la esperanza de vida al nacimiento llegará a los 100 años en este siglo. Y en tercer lugar, los realistas o conservadores, que mantienen que es improbable que la esperanza de vida se sitúe por encima de los 85 años de edad, en ausencia de cambios radicales en el envejecimiento, e incluso puede descender.

a. *Posturas realistas o conservadoras.* Este grupo basa sus teorías en 4 postulados:

- La transición epidemiológica está dominada por las causas de muerte endógenas, que son más difíciles de tratar.
- Las posibilidades de reducir o eliminar la incidencia de las causas de muerte endógenas son muy limitadas.
- Para reducir pequeños incrementos en la esperanza de vida, se deberían hacer enormes reducciones en los niveles de mortalidad.
- El ritmo de mejora de la mortalidad a edades avanzadas no correlaciona con el nivel de dicha mortalidad.

La postura realista, en respuesta a sus críticos, mantiene que los cuerpos no están diseñados para que se deterioren, pero tampoco lo están para un funcionamiento

---

<sup>491</sup> GARCÍA GONZÁLEZ, JM. *La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009*. Madrid, CIS- Centro de Investigaciones Sociológicas, 2015.

prolongado, apoyados en la teoría evolutiva de la senescencia. Señalan que no hay un programa genéticamente determinado para la senescencia, por lo que la duración de la vida tiene que ser inexorablemente finita. Dentro de esta corriente se encuentran autores como Olshansky, Fries y el francés Bourgeois-Pichat.

b. Las *posturas expansionistas*. Apoyados por la experiencia histórica, sostienen que la duración de la vida puede aumentar más allá de los límites actuales. El aumento de la esperanza de vida ha sido ininterrumpido (salvo periodos de guerras, crisis o epidemias). Se ha producido un aumento considerable de octogenarios, nonagenarios y centenarios y la aparición de supercentenarios empieza a ser habitual.

Se observa que el máximo de la duración de la vida humana también ha aumentado, dato apoyado con estadísticas fiables. No hay evidencia empírica de una correlación entre la ralentización del crecimiento de la esperanza de vida y las tasas de mejora a edades más avanzadas. Y por último, la salud ha mejorado a edades avanzadas y se ha producido una postergación de la senescencia, por lo que cada vez se envejece a una edad más avanzada. La esperanza de vida por tanto, según estos estudios podría llegar a ser de 100 años o incluso más.

c. *Posturas futuristas*. Para este grupo, los avances en la investigación del envejecimiento incidirán en el futuro, en un aumento de la esperanza de vida, una prolongación extensa de la vida y en una posible detención del proceso de envejecimiento. A esta postura se la considera Pseudocientífica por buena parte de la ciencia. Dentro de esta corriente pueden incluirse biólogos moleculares como Keynon, Gaurent, Rose y el biogerontólogo De Grey.<sup>492</sup> Al referirse a la inmortalidad humana,

---

<sup>492</sup> Aubrey De Grey<sup>492</sup>, representa una corriente de científicos en favor de esta controvertida propuesta. Según él, es probable que la mayor parte de la primera generación que llegue los 150 años, serán personas que casi seguro ya existen. La idea de reducir las tasas de mortalidad en edades avanzadas, reproducirá una trayectoria similar a la acaecida con la reducción de la mortalidad infantil en este último medio siglo. De Grey denomina su proyecto como “Estrategias para el Diseño de una Senescencia<sup>492</sup> Insignificante” (“*Strategies for Engineered Negligible Senescence*”, SENS por sus siglas en inglés) y consiste en la combinación de varias actuaciones dirigidas a combatir “siete factores mortales” que se conocen (no son los únicos) que influyen en el envejecimiento. Estos factores son: disminución de célula o su atrofia, mutaciones nucleares, mitocondria mutante, senescencia, enlaces extracelulares, desechos químicos extracelulares y desechos químicos intracelulares. Actuar sobre estos factores supondría un alargamiento de la vida por encima del límite actual de 120 años. Ni que decir tiene que semejante afirmación, tiene sus detractores, en su mayoría apoyados en el grado de desarrollo de la ciencia en la actualidad. De Grey se defiende recordando que no es la primera vez en la historia que la ciencia imperante evita el progreso, como ya le pasó a Ignaz Semmelweis, en el Hospital General de Viena en torno alrededor de 1848.



se hace referencia a una extensión considerable de la longevidad y a una pausa en el proceso del envejecimiento. La persona, en todo caso, no está libre de morir por causas externas (accidentes por ejemplo) por lo que la inmortalidad es relativa.

## **2.2. El estado de la ciencia sobre el envejecimiento.**

### **2.2.1. Las teorías explicativas del envejecimiento**

En el último siglo se ha producido un enorme crecimiento de la extensión de la vida, debido principalmente a la reducción de la mortalidad infantil, las inmunizaciones, los cambios en estilo de vida, higiene y otros factores ambientales. En la actualidad el tratamiento de enfermedades asociadas a la vejez (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades degenerativas) está despertando mucha más atención, a medida que se van conociendo los factores que influyen en el envejecimiento. El gran desafío biológico es la comprensión de los mecanismos celulares y moleculares responsables del deterioro funcional del que padecen los adultos mayores. Podría afirmarse que la gente no muere "de vieja", sino más bien, muere de las complicaciones relacionadas a las enfermedades crónicas asociadas a la vejez.<sup>493</sup>

La biología del envejecimiento o biogerontología, es un campo de la investigación básica dedicado al estudio de los mecanismos biológicos reguladores del envejecimiento. Los estudios científicos en esta área se realizan principalmente en los laboratorios donde se investiga el envejecimiento desde dos abordajes no excluyentes. Unos modelos investigan organismos sencillos, microscópicos y unicelulares como bacterias o levaduras, o animales con una longevidad corta para intervenir sobre ellos y comprobar el efecto en su longevidad. Así se conoce, por ejemplo, que la restricción calórica en ratas produce un aumento de su longevidad. Otros modelos estudian a nivel molecular seres vivos con una longevidad elevada, para comprobar la acción de los diferentes genes en el envejecimiento. Este tipo de investigación con organismos modelo ha permitido identificar diversas intervenciones o tratamientos que regulan el

---

<sup>493</sup> PEREZ, V. SIERRA, F. *Biología del envejecimiento*. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 137, n. 2, p. 296-302, feb. 2009. Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000200017&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200017&lng=es&nrm=iso)>.

envejecimiento, incluyendo regímenes dietéticos, alteraciones genéticas o de las vías de señalización celular, biomarcadores, etc.

Las teorías explicativas del fenómeno del envejecimiento son muy numerosas. A este respecto Medvedev<sup>494</sup> señalaba en 1990: «Hay más de 300 teorías del envejecimiento y el número sigue aumentando. Esto es la consecuencia natural del progreso muy rápido de nuestra comprensión de los fenómenos biológicos y de la aplicación a la investigación gerontológica de muchos enfoques y métodos nuevos. Casi cada descubrimiento importante en biología celular y molecular ha dado lugar a una nueva familia de teorías de envejecimiento, o nuevas versiones avanzadas de teorías más antiguas».

Las teorías del envejecimiento ofrecen explicaciones de las causas y efectos de este proceso, que es similar en los distintos niveles de organización biológica (tisular, celular y molecular)<sup>495</sup>. Muchas de esas teorías están basadas en observaciones basadas en creencias fuertemente arraigadas. Por ejemplo, Buffon, naturalista francés del siglo XVIII, formuló la hipótesis de que cada especie tiene una vida útil máxima característica y que esta vida máxima es seis o siete veces la duración del período de crecimiento. Algunas teorías han tenido más éxito y perdurado en el tiempo. Entre los científicos más celebres y las teorías “clásicas” ‘ más destacadas cabe señalar:

- Weissman (1891): División del trabajo entre células germinales (inmortales) y somáticas.
- Minot (1907): El envejecimiento es el “precio pagado por la diferenciación celular”.
- Pearl (1928): Envejecer es efecto secundario del metabolismo.
- Harman (1956): Teoría de los radicales libres, propugna que el envejecimiento ocurre como consecuencia del daño acumulativo producido por los radicales libres que se liberan como resultado de la respiración.

---

<sup>494</sup> MEDVEDEV ZA. *An attempt at a rational classification of theories of ageing*. Biological Reviews. 1990;65:375-398.

<sup>495</sup> MIQUEL, J. *Integración de teorías del envejecimiento* (parte I). Revista Española de Geriatria y Gerontología 2006;41:55-63.

- Williams (1957): El envejecimiento es el resultado de unos genes que programan el máximo vigor, especialmente para la reproducción, pero que desencadenan con el paso del tiempo la degeneración de las células y los órganos.
- Gerschman (1962): Efecto de la toxicidad del oxígeno, por insuficiencia de las defensas antioxidantes

En algunos casos las teorías propuestas no han podido ser demostrado experimentalmente. Conforme señala Miquel, la teoría del error catastrófico en la síntesis de proteínas (Orgel), que gozó de gran aceptación, no ha podido ser confirmada y se cuestiona la relevancia de la popular teoría del límite mitótico de Hayflick<sup>496</sup> para explicar el envejecimiento de los organismos multicelulares.

Strehler<sup>497</sup>, hizo una propuesta para señalar los cambios que toda teoría del envejecimiento debe explicar. En síntesis esos cambios deben ser:

- Perjudiciales, que reducen las funciones.
- Progresivos, que tengan lugar gradualmente
- Intrínsecos, no causados de agentes medio ambientales modificables.
- Universales, todos los miembros de una especie deben revelar los déficits.

En la tabla 9, se hace una síntesis de las teorías más representativas y de sus principales representantes. Como subraya Crespo,<sup>498</sup> algunas teorías se solapan y otras representan aspectos concretos de un proceso más global.

---

<sup>496</sup> Hayflick observó que las células en cultivo se pueden multiplicar un número fijo de veces y luego de eso se mantenían vivas, pero eran incapaces de proliferar nuevamente. Ahora sabemos que este llamado "fenómeno de Hayflick" o "senescencia celular" ocurre como resultado del acortamiento gradual de los telómeros. Cada especie tiene una longevidad genéticamente establecida, dependiente del número de duplicaciones de cada tipo celular, las cuales están a su vez definidas y establecidas. El acortamiento de los telómeros puede conducir a apoptosis o transformación neoplásica, o puede prevenir la replicación celular. La longitud de los telómeros es heredable y las variaciones genéticas pueden afectar la vida media del organismo, el envejecimiento y muerte precoz así como la aparición temprana de patologías asociadas con la edad.

<sup>497</sup> STREHLER BL. *Time, cells and aging*. 2nd ed. New York, Academic Press, 1977.

<sup>498</sup> CRESPO, D. El envejecimiento: definiciones y teorías. En CRESPO, D (ed.) *Biogerontología*. Santander. Universidad de Cantabria, 2006.

<b>Tabla 9:</b> Principales teorías sobre el envejecimiento y principales representantes Adaptado de Crespo <sup>499</sup>
<p>Teorías evolucionistas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acumulación de mutaciones. Medawar (1985)</li> <li>• Soma desechable. Kirwood (1991)</li> <li>• Antagonismo pleiotrópico. Williams (1957)</li> </ul>
<p>Teorías moleculares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la regulación genética. Von Hahn (1966) Johnson (2003)</li> <li>• Restricción de codones. Strehler (1971)</li> <li>• Teorías del Error-catástrofico. Reformulada por Orgel en 1970</li> <li>• Mutaciones somáticas. Curtis (1963) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szillard (1959) Alteraciones del ADN nucleas de las células somáticas</li> <li>• Comfort . Lesiones del ADN a nivel mitocondrial</li> <li>• Miquel y Fleming. Desequilibrio del genoma mitocondrial</li> </ul> </li> <li>• Desdiferenciación. Cutler (1982) Schmucker (1984) Burzynski (2003).</li> <li>• Entrecruzamientos moleculares; Bjorksten (1958) Cerami (1987) Brownlee (1991)</li> </ul>
<p>Teorías celulares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acortamiento de telómeros. Harley (1990)</li> <li>• Teoría de los radicales libres. Harman (1956)</li> <li>• Apoptosis-necrosis. Locksjin (1990)</li> </ul>
<p>Teorías sistémicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría neuroendocrina. Meites (1992) Brown-Borg (2003) Valenti (2004)</li> <li>• Teoría inmunológica “reloj molecular”. Ram (1967)</li> <li>• Teoría inmuno-reuroendocrina. Nandy (1982) Franceschi y Bonafe (2003)</li> <li>• Restricción calórica; Fernandes (1976) Anson (2004)</li> </ul>

Otra de las propuestas clasificatorias más utilizadas de las Teorías del envejecimiento es la que diferencia entre:<sup>500</sup>

- Teorías *estocásticas*: El envejecimiento resultaría como consecuencia de alteraciones que ocurren de forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo debido a la exposición de factores exógenos adversos. Para su estudio debe recurrirse a cálculos probabilísticos.

- Teorías *deterministas*: Resultarían de fenómenos descritos mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico.

<sup>499</sup> CRESPO, D. *op. cit.*

<sup>500</sup> PARDO, G. *Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento*. Rev Cubana Invest Bioméd, Ciudad de la Habana, v. 22, n. 1, marzo 2003 . Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&nrm=iso)>

En los últimos tiempos, se han propuesto teorías integradoras del envejecimiento estocásticas y deterministas, como es el caso de la hipótesis del daño mitocondrial, que mantiene que el envejecimiento celular puede derivar del daño causado al genoma mitocondrial (ADNmt) por radicales libres de la membrana mitocondrial interna. Según Anisimov,<sup>501</sup> “*el análisis de la evolución de las teorías sobre el envejecimiento pone de manifiesto que cualquier «punto conflictivo» nuevo en Gerontología crea un nuevo misterio*”.

### **2.2.2. Estado actual de la ciencia sobre el envejecimiento.**

Hoy en día, la hipótesis más aceptada, es que tanto los factores genéticos como los ambientales tienen influencia en la duración de la vida. Dada la gran complejidad de los cambios que tienen lugar en el envejecimiento, es poco probable que el proceso de envejecer se deba a un solo y único mecanismo, es decir, que a la luz del conocimiento actual se estima que el envejecimiento es un proceso multifactorial en el que los elementos que intervienen están interconectados. López Otín et al.<sup>502</sup> enumeran nueve factores clave del envejecimiento: Comunicación intracelular alterada, Inestabilidad genómica, Atrición (reducción del tamaño) de los telómeros, Alteraciones epigenéticas, Pérdida de proteostasis (homeostasis de las proteínas), Regulación alterada de la detección de nutrientes, Disfunción mitocondrial, Senescencia celular y Agotamiento de las reservas de células stem o progenitoras.

Estas causas no son mutuamente excluyentes. Todas las anteriores causas intervienen en mayor o menor medida en el envejecimiento. A la hora de seleccionar estos factores o causas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios o requisitos “ideales”:

1. La causa debe manifestarse durante el envejecimiento normal.
2. Su agravamiento experimental debería acelerar el envejecimiento.
3. La mejora experimental debe retardar el proceso de envejecimiento normal y por lo tanto aumentar la esperanza de vida saludable.

---

<sup>501</sup> ANISIMOV VN. *Investigación experimental sobre envejecimiento: del falso conocimiento a la verdadera ignorancia*. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2004;39(5):320-8.

<sup>502</sup> LOPEZ-OTÍN, C. BLASCO, MA. LINDA PARTRIDGE, L. SERRANO, M, KROEMER, G. The Hallmarks of Aging. Cell 153, June 6, 2013.

El modelo explicativo que realizan López Otín et al.<sup>503</sup> Consiste, básicamente, en la existencia de unas causas iniciales (*primary hallmarks*) que normalmente se contrarrestan con las causas antagonistas (*antagonistic hallmarks*). Cuando el equilibrio se ve alterado y las causas primarias superan a las antagonistas se desencadenan las causas integradoras (*integrative hallmarks*) que son las responsables finales de las manifestaciones visibles (fenotipo) del envejecimiento. Dentro del grupo de causas primarias o iniciales se encuentran cuatro factores clave: Inestabilidad genómica, atrición de los telómeros, alteraciones epigenéticas, pérdida de proteostasis. En el grupo de antagonistas se engloban la regulación alterada de la detección de nutrientes, la disfunción mitocondrial y la senescencia celular. Por último, entre las causas integradoras estarían la comunicación intracelular alterada y el agotamiento de las reservas de células *stem* o progenitoras.

Lo anterior está basado en una amplia base de evidencia experimental (estudiada en mamíferos). Y sienta las bases para un futuro tratamiento del envejecimiento. Por ejemplo, en el caso del envejecimiento prematuro, se sabe que las perturbaciones epigenéticas pueden conducir a síndromes progeroides en organismos modelo. Por otra parte, la comprensión y la manipulación del epigenoma podría mejorar patologías relacionadas con la edad y extender la esperanza de vida saludable. Incluso, existe evidencia, en principio, para el rejuvenecimiento a través de factores sistémicos de transmisión sanguínea.

La propuesta de López Ortín et al,<sup>504</sup> es interesante para la definición de las características del envejecimiento basada en esos nueve factores y de sus mecanismos de acción. Hay que tener en cuenta la interrelación de estos factores tienen efectos opuestos dependiendo de su intensidad. Así, en niveles bajos hay factores que son protectores pero a niveles altos son perjudiciales (producen envejecimiento o cáncer). Las causas primarias desencadenarían todo el proceso que sería acumulativo en el tiempo. Las causas antagonistas, pueden convertirse progresivamente en negativas en un proceso influido por las características primarias. Las características integradoras intervienen cuando el daño se acumula provocado por las causas primarias y que no han sido compensadas por las antagonistas. Falta por conocer la relación causal entre ellas.

---

<sup>503</sup> LOPEZ-OTÍN, C. BLASCO, MA. LINDA PARTRIDGE, L. SERRANO, M, KROEMER, G. *Ibidem*.

<sup>504</sup> LOPEZ-OTÍN, C. BLASCO, MA. LINDA PARTRIDGE, L. SERRANO, M, KROEMER, G. *Ibidem*.

En conclusión, esta orientación contribuye a la construcción de un nuevo marco para futuros estudios moleculares de envejecimiento y diseñar intervenciones para la mejora del período de vida de una persona libre de enfermedad y de la longevidad.

Existen también evidencias sólidas de que el envejecimiento puede acelerarse o retardarse en función de factores ambientales. Así el estrés crónico, el sedentarismo, o una alimentación megacalórica acortan la vida. Por el contrario, una dieta equilibrada, la restricción calórica, la actividad física, y en definitiva los estilos de vida saludables reducen la mortalidad, el tiempo de discapacidad y las enfermedades que se manifiestan al final de la vida.<sup>505</sup>

### **3° Los límites de la medicina y control de gastos.**

La estimación social del anciano ha cambiado a lo largo de la historia y al menos en la historia de la cultura occidental hay un evidente deslizamiento de la estimación social hacia la juventud.<sup>506</sup> Para García Roca, citado por Domingo Moratalla,<sup>507</sup> la sociedad ha convertido la juventud en una imagen de marca, en un producto patentado, en una instancia inapelable. Esto supone una discriminación no teórica, sino práctica, de la persona mayor, un cierto “ageismo” que aceptamos resignadamente como si no fuese una injusticia ante la que no sabemos responder. En la base de esta discriminación compartida se siguen encontrando paradojas de nuestra cultura que no nos atrevemos a afrontar. Una de estas paradojas es la del éxito, como señala F. Lolas siguiendo a Callahan, a través de la cual una acción exitosa puede ser un fracaso mirada en perspectiva societaria sí, en mirada abarcadora, termina siendo injusta.<sup>508</sup>

El éxito en el envejecimiento tiene como resultado una proporción mayor de personas mayores en el conjunto de la población, personas que en este momento pueden

---

<sup>505</sup> MARFANY, G. SOLEY, M. *op. cit.* p.241.

<sup>506</sup> GRACIA, D. *Historia de la vejez*. En GAFO, JAVIER (editor) *Ética y ancianidad*. Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1995. p. 15

<sup>507</sup> MORATALLA, D. *Ética y ancianidad: Entre la tutela y el respeto*. En GAFO, JAVIER (editor) *op. cit.* p. 90.

<sup>508</sup> LOLAS STEPKE, F. *Las dimensiones bioéticas de la vejez*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS . Acta Bioethica 2001; año VII, nº 1. Como señala este autor tal es uno de los puntos que el controvertido libro de Daniel Callahan, *Setting Limits*, puso en discusión sin que la respuesta deba ser, necesariamente, un algoritmo moral de universal validez.

vivir más años. Esto hace suponer que la demanda de servicios sanitarios seguirá aumentando proporcionalmente. Por otra parte, del lado de la oferta, el avance de la alta tecnología médica implicará el encarecimiento constante de la factura sanitaria. Ante esta situación, algunos autores estiman que va llegar un momento en el que la tecnología no esté disponible para todo el que la necesite y habrá que racionarla. En un contexto de crecimiento continuo de la demanda y de recursos escasos para hacerle frente, debe plantearse qué criterios utilizar en la asignación de recursos sanitarios.

Un ámbito donde se maneja a menudo el problema de la escasez es en el de los trasplantes de órganos y tejidos. La escasez de órganos para trasplante conduce a plantear algún sistema de priorización de los pacientes en lista de espera para ser trasplantados. En la actualidad existen unos criterios de preferencia, que tratan de evitar situaciones discriminatorias, otorgando prioridad a criterios objetivos como la gravedad, el tiempo en lista de espera, etc. Aun así, el criterio clínico es un factor concluyente en el momento de la asignación. En la Guía de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología para Trasplante cardíaco y de corazón-pulmones, se reconocía la no existencia de un límite de edad que contraindique el trasplante de corazón. Incluso en esa guía se daba cuenta de la evidencia empírica existente en aquellos centros que incluyeron a pacientes de edad superior a 60-65 años, con resultados superponibles a la serie global de pacientes. A pesar de esas dos consideraciones, la guía hacía la siguiente recomendación:<sup>509</sup>

*«Por tanto, aunque no existe base científica que contraindique el Trasplante Cardíaco exclusivamente por la edad, el limitado número de donantes disponible recomienda a los centros de trasplante el establecer un límite no superior a los 65 años».*

Aunque este criterio «clínico» está en revisión en la actualidad, tanto las guías de práctica clínica internacionales, como el consenso español recomiendan que se establezca un límite de edad en torno a los 65-70, si bien nunca se ha llegado a un acuerdo unánime. Para Alonso Pulpón, a la hora de decidir si una persona joven tiene

---

<sup>509</sup> ALONSO PULPÓN, L et al. *Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Trasplante cardíaco y de corazón-pulmones*. Revista Española de Cardiología. 1999; 52:821-39. - Vol. 52 Núm.10. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/192/>



más derecho que otra mayor a recibir un trasplante, el concepto de «edad biológica» debe primar siempre sobre la «edad oficial» o la utilidad social. Otros autores, sin embargo, han postulado la creación de listas alternativas, para emparejar receptores por su edad u otras razones.<sup>510</sup>

La argumentación sobre la exclusión de las personas mayores, respecto de las prestaciones que comportan la asistencia sanitaria teniendo como base la edad, también se puede hacer extensivo, *mutatis mutandis*, al ámbito de la investigación clínica. La doctrina en este sentido es amplia y de lo más variopinta. Pérez Melero<sup>511</sup> categoriza las posturas formuladas en tres grandes grupos:

- a) posturas arrestrictivas
- b) posturas restrictivas
- c) posturas ponderadas

### **3.1. Posturas arrestrictivas.**

Estas posturas consideran que se deben utilizar todos los medios disponibles en el tratamiento de las personas ancianas, no siendo la edad un criterio válido para la exclusión de los procedimientos de alta tecnología. En este grupo se integrarían todos aquellos que combaten las ideas ageístas, que tienen su base en la edad cronológica y en la esperanza media de vida para la toma de decisiones.

Para *John Harris*, el condicionante moral entre salvar una vida y retrasar su fin es idéntico. No pueden establecerse diferencias entre una persona y otra. Los científicos y los médicos tienen el deber moral de extender la duración de la vida humana en la medida de lo que se pueda (dentro de lo técnico y éticamente posible), por las mismas razones por las que se han comprometido con la sociedad a salvar vidas. Cada ser humano que desee seguir viviendo, independientemente de su edad, tiene algo que

---

<sup>510</sup> ALONSO PULPÓN, L. SEGOVIA, J. *Aspectos organizativos contemporáneos del trasplante cardiaco: visión del clínico*. Revista Española de Cardiología Supl. 2015;15(B):21-6. - Vol. 15 Núm. Supl.B DOI: 10.1016/S1131-3587(15)30004-2. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/aspectos-organizativos-contemporaneos-del-trasplante/articulo/90407027/#bib3>.

<sup>511</sup> PEREZ MELERO, A. *La edad avanzada como criterio de exclusión en la asistencia sanitaria*. En GAFO, JAVIER (editor) op. cit. p. 100.

aprecia por igual: «el resto de su vida». Nadie puede valorar su alcance. El «resto de la vida» es indefinido, ya sean dos, cinco, diez o cincuenta años. Y tampoco sabemos si lo serán en perfecto estado de salud o con una enfermedad. Pero para todo aquel que quiera vivir el resto de su vida, sin importar el tiempo, será una injusticia si ve limitado el uso de la tecnología que lo posibilite.<sup>512</sup>

Otros autores como *John y Kate Rawles*, han sido muy críticos con las posiciones utilitaristas, en especial con los métodos para medir el resultado de los cuidados de la salud como QALYs ( Quality Adjusted Life Years). En general, el empleo de QALY o AVAC en español, propicia la discriminación económica y dado que disminuyen con la edad del paciente, también discriminan a los más mayores. Para John y Kate Rawles los recursos económicos no deben ser limitados para atender las necesidades sanitarias. La decisión de limitar los recursos se basa en una particular ideología política, ya que si bien los recursos son finitos, son adecuados para atender la demanda de cuidados sanitarios.

Por su parte, Pellegrino, sostiene que sólo cuando la eficacia del sistema sanitario sea máxima se podría entonces comenzar a limitar determinados cuidados sanitarios. Para este autor es preciso reajustar el presupuesto sanitario y otros sectores económicos considerados no fundamentales<sup>513</sup>.

### **3.2. Posturas restrictivas.**

Pérez Melero engloba dentro de las posturas restrictivas a varios autores, filósofos y bioeticistas como Daniels, Veatch o Callahan que han publicado obras con argumentos cuidadosamente formulados a favor de considerar la edad como criterio para la limitación de los cuidados sanitarios.

Daniel Callahan pertenece a la “primera generación” de bioeticistas norteamericana (*the founding fathers of bioethics*), presidente emérito del Hastings Center, una prestigiosa Institución dedicada al estudio de la Bioética y autor de una de

---

<sup>512</sup> HARRIS, J. (2005). *The age-indifference principle and equality*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 14(1), 93-9. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/201350510?accountid=14609>

<sup>513</sup> PEREZ MELERO, A. *op. cit.* p. 101.

las obras que más revuelo ha causado en los últimos años en la bioética mundial: «*Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*».<sup>514</sup> Para Callahan la edad se usaría como criterio específico para la distribución y limitación de los cuidados sanitarios. Aboga por el establecimiento de criterios fijos, objetivos y universales («*fixed categorial standards*») para decidir dónde ubicar los límites de la atención médica con el objeto de racionalizar los recursos. Desarrolla el concepto de la «duración natural de la vida» como límite para los tratamientos que prolonguen la vida humana subvencionados por el sistema público de salud. Callahan sugiere que no se deberían financiar con fondos públicos las investigaciones médicas y el desarrollo de los cuidados sanitarios dirigidos a prolongar la vida.<sup>515</sup>

En los últimos años, Callahan ha matizado su discurso, en buena parte por las críticas recibidas. Este autor se defiende<sup>516</sup>, frente a esas críticas que consideran discriminatoria esta racionalización, argumentando que la inexistencia de límites genera aún más discriminación porque, de hecho, los recursos no alcanzan para todos, el acceso a los mismos resulta muchas veces azaroso y quienes acceden a ellos lo hacen siempre a expensas de los que quedan sin atención arbitrariamente. Considerando globalmente un sistema de salud, las políticas a implementar deben tener en cuenta todos los grupos etarios y distribuir los recursos de tal manera de promover el bien común. Este pensador considera que si bien hoy resulta políticamente inaceptable la existencia de un estándar explícito para la edad, la alternativa sería idear otro criterio o bien recurrir al eufemismo y a la evasión, utilizando la edad en privado, pero sin admitirlo nunca públicamente.<sup>517</sup>

Callahan, distingue entre dos tipos de juicios: el juicio médico y el juicio moral. Cuando se valora la eficacia clínica estamos ante un juicio médico. Si consideramos el valor de la vida, estamos emitiendo un juicio moral. Los juicios morales acerca del valor social de la vida de un paciente son inaceptables como motivos para retirar el tratamiento médico.

---

<sup>514</sup> CALLAHAN, D. *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. Madrid, Triacastela, 2004.

<sup>515</sup> PEREZ MELERO, A. *op. cit.* p. 101.

<sup>516</sup> OUTOMURO, DELIA. *Algunos Dilemas Bioéticos en torno a la vejez*. Ars Médica. Vol. 8, nº 8. En <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica8/Art05.html>

<sup>517</sup> CALLAHAN, D. *op. cit.* p.308.

En el fondo, reconoce Callahan que uno de sus objetivos al establecer un límite, es tratar de desalentar un tipo de “progreso” técnico que incesantemente origina nuevos problemas y casi siempre en aras de alargar la vida de los ancianos. Los seres humanos deben de vivir muy conscientes de su propia mortalidad y estar dispuestos a comprender que la existencia podía llegar a su fin. Para Callahan el Estado estaría obligado a desarrollar, emplear y financiar tan solo la tecnología adecuada para lograr una duración natural de la vida y más allá de esta línea solo los medios necesarios para aliviar el sufrimiento y no la tecnología para alargar la vida. Estos principios obligan a establecer un límite superior de edad.

Norman Daniels ofrece una propuesta fundamentada en la teoría de la justicia de Rawls; desde ella, se pretende garantizar la igualdad de oportunidades y, dado que la salud es condición necesaria para dicha igualdad, los cuidados de la salud deben distribuirse equitativamente.<sup>518</sup> Ahora bien, según este autor no estaría justificada la inversión en los mayores de 65 años. Sin embargo, la teoría de Rawls también sostiene que debe darse más a los menos aventajados; los minusválidos y los ancianos son los más necesitados y, por lo tanto, a ellos deberían desviarse los recursos. En este razonamiento existe implícitamente un racionamiento por edad, aunque en este caso en detrimento de las generaciones más jóvenes. De este modo, el problema subsiste: las ganancias en un grupo implican siempre pérdidas en otro. Si el criterio de edad propuesto por Callahan es inmoral también lo será el que discrimine a los jóvenes. Daniels intenta resolver el problema del siguiente modo: la edad por sí misma no es un estándar inmoral siempre y cuando no se la conciba como un criterio fijo sino dinámico.

### **3.3. Posturas ponderadas.**

Entre estas posturas extremas (restrictivas y arestrictivas) se sitúan diversas posturas intermedias, llamadas también ponderadas. Todas estas posturas tendrían en común la formulación de criterios que faciliten las decisiones en torno a la distribución equitativa de los recursos sanitarios. Pérez Melero<sup>519</sup> realiza una clasificación de las mismas:

---

<sup>518</sup> OUTOMURO, DELIA. *op. cit.*

<sup>519</sup> PEREZ MELERO, A. *op. cit.* p. 103.

- a. Coste/beneficio y coste/eficiencia. Autores representativos de esta posición son Evans, Avorn y Kilner.
- b. Preferencias del paciente. Destaca la postura autonomista de Mott.
- c. Futilidad de los tratamientos. Para Brody y Scheiderman la futilidad debe basarse en criterios médicos. Lindeman y Veacht por el contrario sostienen que es necesaria la opinión del paciente en la definición de la futilidad. Cranford aporta unos criterios de definición de la futilidad.
- d. *Calidad de vida*. El criterio de la calidad de vida se ha convertido en un parámetro importante y esencial desde el punto de vista del paciente.

Apunta F. Lolas<sup>520</sup> que la ética de la calidad de vida en la vejez debe fundarse y fundamentarse sobre expectativas sobrias, modestas y realizables. Hay que respetar la subjetividad que supone, los múltiples aspectos que deben considerarse, la complejidad y la extrema variabilidad entre las personas y el hecho de que ellas cambian a lo largo de los años. Este autor replantea la necesidad de una ética de la vida diaria como fundamento de cualquier planteamiento sobre calidad de la vida, autonomía, dignidad, beneficencia y justicia.

El concepto de “calidad de vida”<sup>521</sup> considera que la subjetividad es un elemento esencial, por tanto la expectativa es ante todo individual. Externamente, podrá afirmarse que una calidad de vida es mejor o peor, pero en último término es la propia persona la que la valida. En la senectud esto es una crucial fuente de conflictos y por cierto de reflexión moral.

Esta concepción ha favorecido que, en los últimos tiempos, comience a defenderse un criterio de actuación sanitaria que pretende conseguir la máxima calidad de vida en distintos ámbitos, y en el tema que nos interesa, en la planificación sanitaria y la distribución de recursos.

La calidad de vida es un concepto amplio que abarca una serie de diferentes dimensiones, los factores objetivos (por ejemplo, recursos materiales, la salud, la

---

<sup>520</sup> LOLAS STEPKE, F. *Las dimensiones bioéticas de la vejez*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS . Acta Bioethica 2001; año VII, nº 1. p. 68.

<sup>521</sup> MORALES, ME. *Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI. Un enfoque politológico*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS . Acta Bioethica 2001; año VII, nº 1. p. 84.

situación laboral, condiciones de vida y muchos otros) y la percepción subjetiva que se tiene de ellos. Este último depende en gran medida de las prioridades y necesidades de los ciudadanos. La medición de la calidad de vida de las diferentes poblaciones y países de una manera comparable es una tarea compleja y se necesita un cuadro de indicadores que cubren una serie de dimensiones relevantes para este propósito.

La salud influye en la calidad de vida y en la duración de vida de las personas. Unas malas condiciones de salud hacen que una parte significativa de una determinada población sea incapaz de beneficiarse del progreso general de la sociedad. La calidad de vida presenta la ventaja de que se puede medir con criterios objetivos y subjetivos (percepciones de los individuos).

### **3.4. Los límites de la medicina: Crítica a los postulados de Callahan.**

Una de las premisas de la que parte Callahan, se establece en base a la siguiente pregunta: ¿Tienen los ancianos derecho a reivindicar una asistencia médica ilimitada con cargo a los recursos públicos? La respuesta de Callahan es negativa, ya que tan solo tienen derecho a plantear exigencias razonables y por tanto limitadas.

Entendemos que la formulación de la pregunta incurre en un argumento ageista, puesto que la misma exigencia por parte de personas jóvenes, de reivindicar una asistencia médica ilimitada, debería obtener la misma respuesta negativa. Los derechos de prestación no son absolutos, por lo que una respuesta dicotómica (negativa o positiva) no puede formularse en términos de validez. La respuesta por una cuestión de principio siempre será la misma, y aplicable a todas las edades, y a todos los grupos sociales. Los recursos son limitados, para todos. Hay que recordar que en las democracias occidentales, las personas mayores gozan de los mismos derechos que cualquier otro ciudadano mayor de edad, y los ancianos no pueden ser discriminados para el acceso a la asistencia sanitaria. Cualquier diferencia de trato, resultaría discriminatoria, en principio.

Sin restarle mérito a Callahan como figura mundial de la bioética, difiero de sus postulados restrictivos, a los que llega desde un análisis "*ceteris paribus*", esto es,

suponiendo que las demás relaciones se mantienen constantes, cuestión compleja en una sociedad dinámica.

La apelación a los recursos limitados no es nueva. El Reverendo Thomas R. Malthus (1766-1834), economista inglés, demógrafo pionero y matemático, vivió en el medio de la revolución industrial de Inglaterra, cuando había menos de mil millones de personas en el mundo. En 1798 escribió un ensayo, “The Principle of Population as It Affects the Future Improvement of Society”, señalando que la presión de poblaciones contra recursos disponibles puede ser catastrófica (fenómeno conocido como trampa malthusiana). Malthus afirmó que la pobreza era inevitable debido al incremento de la población. Afortunadamente, se equivocó al no tener en cuenta otros factores como el avance tecnológico.

En la misma línea de Malthus, el demógrafo francés Alfred Sauvy (1898-1990), era fuertemente pesimista (por no decir ageista) sobre el envejecimiento de la población y había predicho que Europa se convertiría en un continente de "gente vieja". ¿Existe una situación similar a la predicha en Francia en el siglo XIX, cuando se formulaban la pregunta de si se podrían permitir más gente de edad? ¿Podría Francia apoyar a dos millones de personas que rondaban los 70 años de edad?

En su obras «The Nature of Man: Studies in Optimistic Philosophy» (1904) y «The Prolongation of Life: Optimistic Studies» (1907) el premio nobel Metchnikoff afirma que la sociedad podría trabajar para prolongar y tener una vida sana. Aunque están escritas hace casi 100 años, sus palabras son un precursor llamativo de la alarma actual sobre elevación de los costes del cuidado médico a los ancianos. Él caracterizó las dudas llevadas a cabo con respecto al envejecimiento de la población en vista de la posibilidad verosímil de aumento posterior de la longevidad humana.

*«Debe ser entendido, sin embargo, que la prolongación de la vida estaría asociada a la preservación de la inteligencia y de la energía de trabajar... Cuando hemos reducido o hemos suprimido tales causas del proceso de senilidad no será necesario dar pensiones antes de la edad de sesenta o setenta años. Los costes de apoyar al viejo, en vez del aumento, disminuirán progresivamente... Debemos utilizar todos nuestros esfuerzos para permitir que los hombres terminen su curso normal de la*

*vida, y que permitan para que los ancianos hagan sus veces como consejeros y jueces, dotados para ello con su larga experiencia de la vida».*

Establecer un límite en una determinada edad, es un criterio objetivo, pero arbitrario. Hemos visto como la edad cronológica es un criterio parcial para definir la ancianidad. Muchas propuestas filosóficas y antropológicas para definir la ancianidad siguen sin encontrar respuesta. ¿Dónde ponemos, pues, los límites? Y eso respecto a los individuos, ya que a mayor abundancia no todas las sociedades envejecen igual.

Por otra parte, negarle alguna prestación produciría la paradoja de limitar cobertura a las personas que de momento han contribuido en mayor medida al sostenimiento del sistema público de salud. El marco contextual en el que se basa Callahan tiene como modelo el sistema sanitario de EE.UU. predominantemente de naturaleza privada. Un sistema muy diferente es el Sistema Nacional de Salud, que es el que rige en España o en el Reino Unido y que se caracteriza por la solidaridad en sus prestaciones. Aunque las cuestiones alrededor del envejecimiento son universales, las respuestas a los retos que plantea, difieren según el sistema sanitario escogido. Por este motivo los argumentos “restrictivos” no pueden extrapolarse sin más.

Desde una perspectiva técnico-científica, la toma de decisiones clínicas debe sustentarse en la evidencia científica. Es lo que se conoce como movimiento o corriente de la Medicina o Práctica Basada en la evidencia (*Evidence Based Medicine* o en sus siglas EBM). David Sackett definió la EBM en 1996 como “*la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible de la investigación sistemática.*”<sup>522</sup> La EBM integra los hallazgos provenientes de la investigación, con las preferencias de los pacientes, la experiencia del clínico y los recursos existentes. El profesional sanitario, aplicando esa evidencia es el que debe modular la demanda ilimitada, desechando la demanda irracional y evitando así la futilidad o la complacencia. La Evidencia científica así entendida, ha mostrado claros ejemplos, que han sido expuestos en otros capítulos,

---

<sup>522</sup> Sackett DL. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ. 1996; (312):71-72.



de que la edad no es un buen criterio para excluir a los ancianos de determinadas terapias.

La cuestión clave es plantear el envejecimiento como un problema o como una patología. Sobre esa base se han tomado decisiones que la evidencia científica ha refutado. Pero no solo respecto a la edad. También en cuanto a género. Y no digamos cuando la discriminación es múltiple o combinada. El verdadero problema estará en cómo hacer llegar los recursos a todos, sin excluir a nadie. La asociación de ideas entre vejez y recursos limitados hace que la presión a la hora de tomar decisiones exista, y las estadísticas lo corroboran, lo que traslada el "ageísmo" social al ámbito clínico. Estos cuestionamientos discriminatorios tan claros en el caso de las personas mayores, sin embargo, desaparecen en la aplicación de la tecnología médica. Hay una aceptación casi universal del incremento de ese tipo de tecnología, que encarece la asistencia, y no se le pone freno, y a continuación culpabilizar a los ancianos de ese aumento de gasto. Aceptación de una tecnología que en numerosas ocasiones, no está fundamentada en la evidencia científica (no existen estudios de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que avalen su uso).

Que los mayores amenazan la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios, o que son personas "improductivas" es una orientación que puede influir en futuras estrategias políticas, y por extensión en la planificación sanitaria. Puede condicionar que el presupuesto global se decante hacia líneas prioritarias dejando de lado, por ejemplo, la investigación del envejecimiento. Este reduccionismo que implica la idea del anciano como carga económica ha tenido condicionantes para la salud de las personas mayores, más que otros determinantes como pueden ser la pobreza, la clase social o la educación. Y puede que de esta manera los perfiles de algunas decisiones se tornen difusos amparados o justificados por razones de "sostenibilidad financiera". También desconoce la aportación "no visible" que hacen las personas mayores en las labores familiares, como cuidadoras familiares y otras muchas aportaciones.

El hecho de que la edad se utilice ya como criterio cotidiano para negar el tratamiento a las personas de edad, hace que algunas personas piensen que eso es justo. Cabe señalar que ciertos avances en los derechos humanos, como son la supresión de la segregación racial en Estados Unidos en la primera mitad del siglo XX, o el caso del

Apartheid en Sudáfrica pueden ser vistos como ejemplos de que lo establecido no tiene por qué ser lo justo.

Como afirma Dabove<sup>523</sup>, la vejez es una condición vital especial de la persona, que la sitúa en una posición jurídica merecedora de consideración y respeto diferenciados. Urge, según esta autora, calificar jurídicamente a la vejez como razón suficiente para su discriminación positiva.

#### **4º Uso de recursos y la justicia distributiva.**

El envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según proyecciones demográficas, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumente del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico puede plantear un importante reto. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población.

En las últimas décadas, se ha producido una profunda transformación de las vidas de los ciudadanos, debido a los logros en salud. La esperanza de vida ha aumentado, y con ella el problema de financiar la asistencia sanitaria, ante nuevas necesidades y con tecnologías médicas cada vez más costosas. Puede decirse que junto a la necesidad de controlar el gasto se percibe haber alcanzado un límite en lo económicamente posible. En un contexto de envejecimiento progresivo y limitación de recursos surge la pregunta acerca de cómo pueden distribuirse los recursos escasos sin que la justicia se vea afectada.

---

<sup>523</sup> DABOVE, I. *Ciudadanía y Derechos Fundamentales de las personas mayores: de las políticas Gerontológicas al derecho de la Vejez*. Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Vol. IV. Nº1 serie II (2013) 19-36.

## 4.1 Gasto sanitario y envejecimiento.

Es un hecho de sobra conocido que el gasto sanitario de las personas mayores es, en términos relativos, muy superior al del resto de la población. Esto da pie a que se generalice el argumento de que el envejecimiento supone un riesgo para la financiación futura de los servicios sanitarios.<sup>524</sup> Es obvio que los problemas de salud están en relación directa con la edad, y que existe una tendencia hacia la cronicidad, de lo que se infiere que la morbilidad es más frecuente en individuos con más edad. Ahora bien, ¿Qué hay de cierto en esas afirmaciones? ¿Conocemos el gasto relativo de las personas mayores?

En el caso de España, esa información no está disponible, al menos de forma directa. Se han realizado estudios, en la que los perfiles de gasto por edades, están basadas en investigaciones realizadas en otros países, especialmente EEUU. Los estudios, en su mayoría, se apoyan en proyecciones demográficas, siendo pocos los estudios que realizan una estimación directa del gasto sanitario de las personas mayores. Frente al alarmismo generalizado del aumento del gasto sanitario público debido al envejecimiento, el sólo efecto de la longevidad, dentro de los parámetros actuales, no conduce al crecimiento desmesurado del gasto sanitario, entendiendo por gasto sanitario el que actualmente se deduce de la gama de cuidados sanitarios al alcance de la población.

Según el estudio de Ahn et al., el estado de salud de las personas mayores tiende a mejorar con el tiempo en lo que se refiere a sus actividades cotidianas, lo que afectará al futuro gasto sanitario.<sup>525</sup> En esta misma dirección, otro estudio sostiene que el envejecimiento por sí sólo no parece ser un factor que amenace seriamente la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos, mientras que existe unanimidad en todos los trabajos en señalar que son la prestación real media por

---

<sup>524</sup> CASADO MARÍN, D. *Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades*. Gaceta Sanitaria 2000; 15 (2): 154-163.

<sup>525</sup> AHN, N. ALONSO, J. HERCE, JA. SAN MIGUEL. *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Bilbao, Fundación BBVA, 2003.

persona y los cambios tecnológicos, los catalizadores del crecimiento del gasto sanitario público.<sup>526</sup>

Una explicación del mayor gasto relativo a las personas mayores se fundamenta en numerosos estudios que sugieren que el mayor gasto sanitario se produce en los últimos años de la vida de una persona (concretamente en los dos años anteriores a la muerte de una persona). El hecho de la proximidad de la muerte es más frecuente en mayores que en jóvenes y por tanto el gasto es superior en las personas mayores.<sup>527</sup> Es decir, que el momento de la muerte es un buen factor predictivo del gasto en salud asociado a la edad. O dicho de otra manera: la disminución del estado de salud se traduce en aumento de los gastos en salud y en última instancia en la muerte.

La prevalencia de la mayoría de las enfermedades aumenta con la edad, lo que podría explicar también el aumento de gasto. Aunque esta afirmación, guarda mucha relación con la explicación anterior.

Siguiendo a Casado, se han propuesto dos teorías opuestas:

a) Por una parte, la *«teoría de la compresión de la morbilidad»*, trata de explicar por qué los países desarrollados estaban mejorando tanto la esperanza de vida como el estado de salud medio de las personas mayores. Según esta teoría, la mejora de las condiciones de vida de la población y los avances en la tecnología médica han provocado una reducción de las tasas de mortalidad, por lo que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales se manifestarán durante períodos cada vez más cortos de tiempo (se produce un fenómeno de «compresión»).

---

<sup>526</sup> HIDALGO, A (Coord.) *Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud*. Madrid, Fundación Pfizer, 2011. Disponible en: <https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/LibroPautas.pdf>

<sup>527</sup> El aumento del gasto sanitario en los últimos años de vida puede consultarse en los siguientes estudios: SESHAMANI, M. GRAY, A. (2004) Ageing and health-care expenditure: The red herring argument revisited. In: *Health Econ.*, 13(4), pp. 303–314; SESHAMANI, M. GRAY, A (2004) A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. In: *J.Health Econ.*, 23(2), pp. 217–235; YANG, Z. NORTON, EC. STEARNS, SC. (2003) Longevity and health care expenditures: The real reasons older people spend more. In: *J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc.Sci.*, 58(1), pp. S2–S10; STEARNS, SC. NORTON, EC. (2004) Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions. In: *Health Econ.*, 13(4), pp. 315–327.; GRAY, A. Population Ageing and Health Care Expenditure. *AGEING HORIZONS* Issue No. 2, 15–20 . Disponible en: <http://www.ageing.ox.ac.uk/download/15> ; ZWEIFEL P, ELDER S, MEIERS M. Aging of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics* 1999; 8: 485-496.

b) La teoría de la «*expansión de la morbilidad*», por el contrario, sostenía que la mayor longevidad había permitido que más personas mayores sobrevivieran a episodios de enfermedad que, en otros tiempos, hubiera producido la muerte. En general, el estado de salud de los supervivientes acababa empeorando por lo que la mayor longevidad se traduciría en una reducción del estado de salud medio de la población anciana.

Los estudios sobre estimación de costes en población anciana, muestran resultados que es conveniente reseñar. Por ejemplo, respecto al patrón de utilización hospitalaria, obedece más a cambios en la oferta (accesibilidad, nuevas tecnologías, entre otros aspectos) o del nivel de renta, que a un incremento de la morbilidad o discapacidad en la población anciana.<sup>528</sup>

En definitiva, existe coincidencia en señalar en base a la evidencia empírica disponible, que la mayor longevidad no ha comportado un peor estado de salud medio de las personas mayores. Esa evolución favorable se apoyaría en la adopción de estilos de vida saludables y en mayores niveles de renta. Las proyecciones se realizan teniendo en cuenta que el resto de factores se mantiene constante, cosa que en realidad no ocurre. Por ejemplo, tenemos datos del efecto de la crisis reciente sobre la mortalidad en personas mayores. Así, según el informe SESPAS 2014, los resultados sugieren efectos considerables de la crisis económica en la mortalidad de los adultos mayores. El futuro puede ofrecer alternativas al incremento de la tasa de hospitalización, como por ejemplo, en hospitalización como la cirugía mayor ambulatoria, hospital de día, atención socio-sanitaria, etc. La evolución futura del gasto sanitario, por tanto, resulta difícil de predecir y menos imputarla al envejecimiento poblacional.

#### **4.2 Justicia distributiva. Distribución de recursos.**

Los profundos cambios sociales y sanitarios, que en todo el mundo distorsionaban los sistemas sanitarios, fue el origen de una gran preocupación sobre su sostenimiento. Las tensiones económicas crecientes debidas al crecimiento sostenido de

---

<sup>528</sup> CASTELLS, X. MERCADÉ, LL. RIU, M. C. *Envejecimiento y utilización hospitalaria*. "INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública". Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap23.pdf>

la alta tecnología médica, una mayor demanda de los servicios y el crecimiento demográfico llevaron en muchos países a emprender o a estudiar posibles reformas. Es el caso del informe Dunning en Holanda, el caso de Suecia con el informe de la *Swedish Parliamentary Priorities Commission*, y en España del informe Abril, todos ellos en la década de los noventa. Todas esas experiencias en el fondo trataban de establecer pautas para la distribución de los recursos, en un contexto de racionamiento sanitario.

Desde una perspectiva iusfilosófica, la distribución de los bienes sociales primarios es una cuestión de justicia. En concreto afecta al tipo específico de justicia que se conoce como Justicia distributiva<sup>529</sup>, que es la que establece los criterios para repartir los bienes y cargas públicos entre los miembros de la comunidad.

Justicia es tratar a cada uno como corresponde, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad. Es clásica la definición de la justicia dada por Ulpiano: dar a cada uno su derecho<sup>530</sup>. El criterio de la igualdad parece haber sido el paradigma nuclear de la Justicia en todas las culturas<sup>531</sup>. Surge entonces la necesidad de delimitar el tipo de "igualdad" a aplicar en cada caso. El conflicto surge de la consideración de "quienes son iguales" ya que en los hombres hay diferencias de todo tipo. Una igualdad absoluta obliga a tratar de manera igual a los iguales. La aplicación de este criterio estricto puede llegar a ser injusto por lo que procederá a aplicar una igualdad relativa o proporcional (Tratar de manera desigual a los desiguales"). Tratar de forma distinta, desigual, al diferente, con la intención de avanzar en la disminución de las desigualdades indeseables.

Vuelve a plantearse la necesidad de concluir qué valores y criterios éticos se van a utilizar para decidir lo que es suficientemente diferente (y resolver qué desigualdad es relevante e indeseable), para tratarlo de forma distinta. El centro de gravedad para dirimir esta cuestión radica en conocer la medida a utilizar para determinar la igualdad o la desigualdad, es decir, la explicitación del contenido directivo de la Justicia.<sup>532</sup>

---

<sup>529</sup> Justicia distributiva según la definición clásica: *qua bona communia distribuuntur inter partes communitatis secundum proportionem meritorum*.

<sup>530</sup> Es clásica la definición de Ulpiano: *Constans, & perpetua voluntas ius suum unicuique tribuendi*.

<sup>531</sup> DE CASTRO, B. *La formulación sistemática de las exigencias de la Justicia*. En DE CASTRO, B. (coord.) *Problemas básicos de Filosofía del Derecho: desarrollo sistemático*. Madrid, Universitas, 1994. p. 152.

<sup>532</sup> DE CASTRO, B. *op. cit.* p.156.

El iusnaturalismo ha ofrecido a lo largo de la historia distintas respuestas. Así el iusnaturalismo tomista postula que lo justo es lo que es conforme al derecho natural. El iusnaturalismo contemporáneo, ha elaborado distintas teorías que combinan el aspecto formal y material de la justicia. Por ejemplo, Ronald Dworkin, en su propuesta de igualdad de recursos, presenta una concepción de justicia distributiva en la que el Estado debería compensar a aquellos afectados por circunstancias que se encuentran más allá de su control, deben ser corregidos para contrarrestar los efectos de la suerte o de la dotación natural<sup>533</sup>. Para Dworkin la justicia distributiva debe hacer compatibles la igualdad de oportunidades y el reparto de las libertades con la igualdad de consideración y respeto de todos los ciudadanos<sup>534</sup>.

Otro ejemplo lo encontramos en la teoría de la justicia de Rawls. Es una de las teorías con más predicamento en relación con la distribución de los recursos. Rawls justifica el Estado social en términos liberal-contractualistas, mediante una reformulación del contrato social. Su teoría se concibe como puramente procedimental, es decir, que para que sean considerados justos los principios que se adopten (sea cual sea su contenido material), debe haberse respetado el procedimiento para acordarlos<sup>535</sup>. Rawls conjuga la dimensión formal de la justicia, como exigencia de imparcialidad en la elección de las reglas y principios de justicia, con la dimensión material de justicia expresada en dos principios<sup>536</sup>:

- 1) Distribución de porciones iguales de libertad para todos.
- 2) Admisión de desigualdades cuando contribuyen a maximizar el bienestar de los más desfavorecidos.

Como podemos comprobar, los criterios de justicia en la distribución de recursos son numerosos, tantos como teorías de la justicia, e incluso casi tantas como corrientes filosóficas. La dependencia técnica y económica de la asistencia sanitaria nos plantea la

---

<sup>533</sup> PEREIRA, G. Justicia distributiva, responsabilidad y compensación. ISEGORÍA/27 (2002) pp. 225-237.

<sup>534</sup> CÁRDENAS, J. *Ibidem*. p. 222.

<sup>535</sup> GÓMEZ ADANERO, M. GÓMEZ GARCIA, JA. *Teorías Contemporáneas de la Justicia (II). Los modelos Procedimentalistas: John Rawls*. En: GÓMEZ ADANERO M. GÓMEZ GARCÍA JA. MUINELO COBO JC. MUÑOZ DE BAENA SIMÓN JL. «Filosofía del Derecho». Madrid, Editorial UNED, 2014.

<sup>536</sup> CÁRDENAS, J. *Introducción al estudio del derecho*. México, Nostra ediciones, 2009. p. 221.

compleja tarea de dilucidar cómo se distribuyen los recursos, con las repercusiones que ello tiene sobre la salud de las personas. Una sociedad justa debe perseguir una política de acceso al cuidado sanitario universal, independientemente de su clase social, edad, raza o género. Los problemas de adjudicación de recursos sanitarios pueden analizarse, según Zuñiga,<sup>537</sup> en dos niveles distintos, que se conocen como dilemas trágicos de primer nivel y de segundo nivel.

En el primer nivel, el “macrodistributivo”, aplicado a los sistemas sanitarios requiere responder la pregunta de si todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, deben recibir la asistencia sanitaria que precisen. El segundo nivel, la “microdistribución”, responde al modo de asignar esos recursos sanitarios y que criterios emplear. A efectos expositivos podemos distinguir tres modelos explicativos o alternativas de "macrodistribución": el modelo liberalista, el utilitarista y el igualitarista<sup>538</sup>.

a) La justicia como libertad presente en el *libertarismo o mercantilista* sanitario. Según esta teoría (tiene como precedente a A. Smith), la salud es un bien privado por lo que su distribución debe quedar en manos del dictado de los mercados, operando el principio material de la capacidad de pago. La asistencia sanitaria no es un derecho sino un servicio a la que cada uno es libre de acceder. En esta concepción, la justicia se observa en una sociedad que respeta la libertad de sus integrantes para actuar de acuerdo con su propia iniciativa. Cualquier tipo de intervención por parte del Estado se considera coacción.

El sistema sanitario de los EE.UU es el que con mayor rigor se adecua a estos postulados. Es un modelo de justicia distributiva que considera que la actividad del Estado debe estar limitada al mantenimiento del orden público y a la defensa de los derechos de propiedad y libertad. Por tanto debe evitar intervenir, por medio de mecanismos redistributivos, en el reconocimiento y garantía de derechos positivos. La

---

<sup>537</sup> ZUNIGA FAJURI, A. *Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile*. Acta bioeth., Santiago, v. 18, n. 2, p. 221-230, nov. 2012. Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2012000200010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200010&lng=es&nrm=iso)>.

<sup>538</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la Justicia distributiva*. Madrid, Iustel, 2009.



beneficencia, sería según esta teoría, para aquellos que carecen de medios para costear la compra de servicios. (Vivienda, cuidados sanitarios, dependencia, etc.).

Uno de sus representantes es R. Nozick, que propugna el *Estado mínimo*, cuyos principios proceden de la teoría de la adquisición de John Locke.<sup>539</sup> Para Nozick, una justa distribución es la que resulta del libre intercambio. En esta línea argumental no es de extrañar que si la asistencia sanitaria es un servicio más, ha de regirse por las leyes del mercado (mercantilismo). Para otro mercantilista como Engelhardt la asistencia sanitaria no es una cuestión de justicia sino de caridad<sup>540</sup>. La caridad es un acto naturalmente voluntario, por lo que el nivel de esfuerzo y compromiso estará arbitrariamente determinado por quienes creen que deben compartir sus recursos con otros menos afortunados. De esta forma, los servicios sanitarios que se ofrecen son muy inferiores a aquellos financiados por los seguros, aumentando la brecha de desigualdad social. Dejar a la caridad la resolución de los problemas sociales de distribución supone transformar en principios de “justicia” los “criterios de beneficencia”<sup>541</sup>.

b) La justicia como *utilidad social o modelo utilitarista*. El utilitarismo es la doctrina filosófica que afirma que los actos o las políticas moralmente buenas son aquellas que producen la mayor utilidad al mayor número de individuos. *J. S. Mill* afirmaba que la justicia es dar a cada uno lo suyo, señalando que "lo suyo" es "lo más útil", es decir, aquello que produce mayor "felicidad". El utilitarismo identifica la justicia distributiva con la mayor "utilidad pública". Con relación a la salud, el utilitarismo impone la idea de que la justicia distributiva debe regirse con el principio de costo/beneficio, buscando siempre la optimización del gasto. El objetivo es brindar "atención sanitaria" a las personas, para que puedan llevar una vida social y económicamente productiva.

En materia de distribución de recursos sanitarios deben dirigirse a maximizar aquello que resulte más valioso. Dentro del modelo utilitarista de la asistencia sanitaria se han formulado diversos métodos de evaluación, como el método de evaluación económica basado en el “coste-beneficio” (ACB) y el modelo de años de vida ajustados

---

<sup>539</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *Ibidem*. p. 50.

<sup>540</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *Ibidem*. p. 59.

<sup>541</sup> ZUÑIGA, A. *Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo. Política y gobierno*. Volumen XX (2): 2º semestre 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pyg/v20n2/v20n2a4.pdf>

en función de la calidad (AVAC, o QALYs en inglés). Rawls crítica al utilitarismo por su falta de respeto por los individuos que no son considerados como valiosos y dignos de protección por derecho propio. En lugar de ello son sólo una gota en el océano de la utilidad social general. Esto significaría aceptar niveles muy bajos de utilidad para algunas personas si con eso se maximiza la utilidad total.<sup>542</sup>

c) La justicia como *igualdad o modelo igualitarista*. La idea central es que debe coincidir la justicia con la igualdad a través del supuesto de dar a cada uno según sus necesidades. Básicamente entiende la salud como un "derecho" y la enfermedad como una "necesidad". La salud no se entiende sin el principio de solidaridad ya que es entendida como un bien o servicio público. El igualitarismo se ha nutrido de las aportaciones de Rawls, de Dworkin, principalmente.

En la obra *Teoría de la justicia*, Rawls intenta resolver el problema de la justicia distributiva llevando la teoría tradicional del contrato social representada por Locke, Rousseau y Kant, a un nivel más elevado de abstracción. La teoría resultante se conoce como "Justicia como equidad", de la cual Rawls deriva sus dos célebres principios de justicia: El principio de la libertad y El principio de la diferencia.

El objeto de la justicia es la estructura básica de la sociedad, o más exactamente, el modo en que las grandes instituciones sociales (incluida la Constitución política) distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social. La justicia de un esquema social depende esencialmente de cómo se asignan los derechos y deberes fundamentales, y de las oportunidades económicas y las condiciones sociales en los diversos sectores de la sociedad. Para Rawls, una concepción de la justicia social ha de ser considerada como aquella que proporciona, en primera instancia, una pauta con la que evaluar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad.<sup>543</sup>

La justicia como imparcialidad son los principios que las personas libres y racionales interesadas en promover sus propios intereses aceptarían en una posición

---

<sup>542</sup> CABALLERO, F. *La Teoría de la Justicia de John Rawls*. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. I, núm. II, 2006, pp. 1-22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211015573007>.

<sup>543</sup> RAWLS, J. *Teoría de la Justicia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1991.p.22.

inicial de igualdad. La posición original corresponde al estado de naturaleza en la teoría tradicional del contrato social. En esta situación hipotética, según Rawls, nadie sabe cuál es su lugar en la sociedad y tampoco sabe cuál es su suerte en la distribución de ventajas y capacidades naturales. Estos principios se eligen tras un velo de ignorancia.

Los dos principios de la justicia<sup>544</sup> respecto a los que habría acuerdo en la posición original:

- a. Igual derecho al esquema más extenso de libertades básicas iguales que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.
- b. Las desigualdades sociales y económicas deberán:
  - Ser razonablemente ventajosas para todos.
  - Vincularse a cargos y empleos asequibles a todos

Trasladado al contexto sanitario, la Teoría de la justicia de Rawls garantiza una prestación sanitaria mínima al momento de asegurar, junto con el primer principio de justicia, un “mínimo social” suficiente para hacer realidad el ejercicio de las libertades. En un segundo momento, el cuidado sanitario mínimo estaría apoyado por el conjunto de bienes primarios que, en una primera etapa, se entregarían a todos por igual.

Dworkin, por su parte, considera evidente la necesidad de garantizar a todos un «*mínimo sanitario decente*» cuyo contenido se obtendría de la suma de lo que los individuos de esa sociedad decidan gastar en salud, mediante elección individual suponiendo que el sistema económico y la distribución de la riqueza en esa comunidad son equitativos. Según este criterio se optaría por racionalizar los recursos en salud, por definir el gasto individual conforme a los planes de vida autónomos de cada cual y, finalmente, por fijar un mínimo sanitario universalmente garantizado con base en los juicios sobre algunas necesidades y preferencias generales de las personas.<sup>545</sup>

En el fondo, entre estos modelos el libertarista, el utilitarista y el igualitarista, lo que se discute es si dar más valor a la libertad o a la igualdad. En este sentido el valor

---

<sup>544</sup> RAWLS, J. *Ibidem* p 67.

<sup>545</sup> ZUÑIGA, A. *Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo*. op. cit. p. 355.

igualdad se traduce en la solidaridad colectiva para hacer frente a las necesidades de salud.

¿En la distribución de recursos sanitarios, deben ser los viejos los últimos? En anteriores capítulos hemos visto que la edad es factor “fáctico” en la selección de pacientes concretos para un tratamiento concreto (trasplantes de órganos, por ejemplo). Norman Daniels considera que puede justificarse la prioridad de pacientes en función de su edad, como una expresión de igualdad de oportunidades. Dado el tiempo vital de atención sanitaria para cada ciudadano, debería darse facilidad a los más jóvenes para que tengan la oportunidad de alcanzar ese lapso vital completo<sup>546</sup>.

Otros autores, proponen la selección aleatoria de pacientes a la hora de asignar un recurso sanitario (Childress, Rescher, Waring), como manifestación de los ideales de la igualdad y neutralidad. Este criterio, que no tiene en consideración los valores sociales en juego, pierde el punto de vista Aristotélico de la justicia de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales.<sup>547</sup>

Cualquier propuesta exige sopesar distintos supuestos en los contextos particulares. De Lora y Zúñiga hacen una propuesta de jerarquización de principios distributivos basados en el “equilibrio reflexivo” que combina equidad, eficiencia y responsabilidad.<sup>548</sup>

---

<sup>546</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *op.cit.* p. 278.

<sup>547</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *op.cit.* p. 297.

<sup>548</sup> DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *op.cit.* p. 301.



## **CAPITULO 7: AGEISMO Y DEPENDENCIA**



## **Capítulo 7: AGEISMO Y DEPENDENCIA**

**Sumario:** 1. El sistema nacional de dependencia. Normativa. 1.1. Concepto de dependencia. 2. La ley de Dependencia. 3. Los derechos humanos en la situación de dependencia. 3.1. Aspectos éticos y jurídicos de la dependencia. 3.2. Autonomía. 3.2.1. Autonomía como principio de la Bioética. 3.2.2. Autonomía como presupuesto y fundamento de los derechos. 3.3 Dependencia y capacidad. 4. Dependencia, salud y protección social.

### **1. El sistema nacional de dependencia. Normativa.**

El avance progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales cuyo fin es tutelar y garantizar los valores de igualdad y solidaridad, ha dado un nuevo paso con la aprobación de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* conocida como ley de Dependencia. En efecto, el fenómeno de la socialización de la convivencia, que promueve el Estado del bienestar, se caracteriza por la intervención en la mejora y la igualación del nivel de vida de todos los ciudadanos.

El reto planteado, según dice la exposición de motivos de la ley, era atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, necesitasen apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Este esquema de desarrollo, en el que tienen un papel estelar los servicios sociales, dirigidos por las Comunidades Autónomas, se constituyen en lo que se ha venido a llamar cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia. Es de entender que un paso tan importante generase muchas



expectativas en diferentes sectores de la población y en colectivos profesionales, que no se han visto correspondidas en su totalidad con el texto normativo.

La prioridad es atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Además cabe esperar en los próximos años, un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Los datos socio-demográficos en España son elocuentes:

- El importante crecimiento de la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 % de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 %).
- El fenómeno del llamado envejecimiento del envejecimiento, es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años se ha duplicado en sólo veinte años.
- Un 9% de la población española, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, presenta alguna discapacidad o limitación que le ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades. Esto supondría que hay en torno a 3,5 millones de personas con alguna discapacidad.
- La dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas, alteraciones congénitas y por los casos de siniestrabilidad laboral y de tráfico.
- Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del

sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

En cuanto a los antecedentes legislativos en España destaca la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos* y *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*. En la última década y desde múltiples organizaciones internacionales, como la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea, se ha hecho un llamamiento para que sean reconocidos los derechos de las personas en situación de dependencia. Por dichas razones y por la necesidad de garantizar a los ciudadanos un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia se dieron los pasos para la promulgación de la Ley de Dependencia.

De este modo y con base al texto Constitucional,<sup>549</sup> se desarrolla un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Como se señala en la Exposición de motivos, se trata ahora configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española y el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales.

Han pasado más de ocho años de vigencia de la ley y a pesar del avance histórico que ha supuesto, y de su desarrollo inconcluso (el periodo de implantación finaliza en el año 2015), puede decirse también que su aplicación ha sido desigual y al menos controvertida. Empezando por la heterogeneidad en su desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas, acerca de cómo desplegar la atención de forma equitativa y universal. Por otra parte, destaca la escasa o nula promoción de la autonomía personal y de programas de prevención de la dependencia. En cuanto al sistema de acceso o valoración, se le achaca una excesiva lentitud y burocratización. Incluso se estableció una iniciativa para implantar un sistema de acreditación de centros para garantizar su

---

<sup>549</sup> Arts. 49 y 50 CE.

calidad<sup>550</sup>, que después de 3 años sigue sin consolidarse. La crisis económica mundial que comenzó en el año 2008, produjo una gran recesión económica y repercutió en los presupuestos dedicados a la dependencia. Hay que tener en cuenta que una de las cuestiones más críticas que la ley ha recibido es la de su financiación y su sostenimiento.<sup>551</sup> En cuanto al desarrollo reglamentario de la ley, desde 2007 se han aprobado las siguientes normas:

- El *Real Decreto 504/2007 de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la ley de 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.*
- El *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia*, adoptado para "mejorar la objetivación de la situación de dependencia y la clasificación de sus grados y niveles". Desde su entrada en vigor se han endurecido los requisitos para ser reconocido en situación de Dependencia.
- El *Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre*, por el que se regula el nivel mínimo de protección, que regula la aportación de la Administración General del Estado a la financiación de Ley de Dependencia, los nuevos criterios de asignación y la forma y procedimiento de pago a las Comunidades Autónomas.
- El *Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre*, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que regula los servicios y prestaciones económicas de la Ley de Dependencia, las compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos y asegura la excepcionalidad de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

---

<sup>550</sup> RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los Centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

<sup>551</sup> Para profundizar en la problemática de su aplicación ver: HIDALGO LEVI, A. Trabajo Social en el ámbito de La Ley de Dependencia. Reflexiones y Sugerencias. Netbiblo. A Coruña: 2010

## 1.1. Concepto de dependencia.

Interesa conocer en primer lugar, el significado de dependencia. Son múltiples las definiciones propuestas al respecto.

Una acepción de dependencia que ofrece el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, hace referencia a «*la situación de una persona que no puede valerse por sí misma*». La ambigüedad del término, hace preciso acudir a otras definiciones que completen su conceptualización.

Una de las definiciones más socorridas es la del Consejo de Europa (Recomendación nº 98, 1998) en la que se contempla la dependencia como «*estado en el que se encuentra la persona que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*».

Esta definición de dependencia, contiene tres características fundamentales:

- La limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.
- La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La ley de Dependencia de 2006, por su parte, nos ofrece otra definición<sup>552</sup> de dependencia: «*el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades*

---

<sup>552</sup> Otras definiciones relacionadas enunciadas por la propia ley son: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

*básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».*

La diferencia con respecto de la definición anterior radica en los siguientes aspectos:<sup>553</sup>

- El carácter permanente de la dependencia.<sup>554</sup> Esta referencia exige que la necesidad de dependencia se prolongue en el tiempo, con exclusión de aquel estado previsiblemente transitorio. Sin embargo no se determinan los criterios para interpretar dicho presupuesto.
- Un elemento diferenciador referido a los factores que dan origen a la dependencia, es decir, los elementos causales de la situación de dependencia, que son la edad, la enfermedad y la discapacidad, incorporándose en un posicionamiento similar al de otras legislaciones comparadas.
- Un tercer elemento finalista o necesidad de cuidados o de apoyos para su autonomía personal para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. De este modo quedan excluidas del ámbito protector de la ley todas las actividades de la vida diaria consideradas no básicas o esenciales.

El concepto de dependencia acuñado por el Defensor del Pueblo en el año 2000, mucho más simple, lo definía como “la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana”.

La OMS no ofrece una definición directa de dependencia, sino que se entiende englobado en el concepto de discapacidad. Según la OMS, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad, la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo,

---

<sup>553</sup> ROLDAN, A. *Un estudio de la ley de promoción de la autonomía personal y Atención a las personas con dependencia, desde la Seguridad Social*. Trabajo. Universidad de Huelva. N18. 2006.

<sup>554</sup> DURAN, M. *La protección jurídico-social de las personas en situación de dependencia*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 2014.

actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Estas definiciones tienen en común la situación de la persona para realizar lo que en términos médicos se conoce como Actividades Básicas para la Vida diaria (ABVD)<sup>555</sup> y la necesidad por tanto, de dispensar cuidados (profesionales y no profesionales) o apoyos. Distintas de las ABVD son las Actividades instrumentales de la Vida Diaria, que son actividades más complejas que las ABVD y para su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras actividades.<sup>556</sup>

**Tabla 10.** Proyección del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados (ESPAÑA, 2005-2020).

**Fuente:** Libro Blanco de la dependencia a partir de las proyecciones de población del INE.

	2005	2010	2015	2020
Grado 3 Gran dependencia	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 Dependencia severa	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 Dependencia moderada	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

En España según los datos del Libro Blanco de la Dependencia, se calcula que hay más de 1.373.000 personas en situación de dependencia, aunque esta población, según las previsiones, aumentará en los próximos años. El aumento creciente del envejecimiento poblacional, resalta la necesidad de cuantificar y estimar la evolución

<sup>555</sup> Las ABVD son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

<sup>556</sup> Definición contenida en el Glosario del portal de dependencia.

de la dependencia para los próximos años. Con los datos de la tabla 10, aproximadamente el 5% del total de la población española es dependiente, lo que con respecto a la población de 64 años y más supone un 30%. Según las previsiones para el año 2025, el número de personas mayores será de 8,5 millones, lo que representa un 22% de la población, con un gasto que se estima será bastante más del doble del actual y podría rebasar el 1% del PIB.

Tal como recoge en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD) del año 2008, la edad media de las personas con discapacidad es de 64,3 años, siendo el grupo de edad de 65-79 el 31% de las personas con discapacidad y el grupo mayor de 80 años el que representa el 26,7%.

Son varios los factores que favorecen o condicionan la dependencia. Por ejemplo, la edad es un factor explicativo ya que el riesgo de sufrir enfermedades y discapacidades está relacionado con la edad<sup>557</sup>. El sexo es otro de los factores influyentes, básicamente por las características del envejecimiento: empobrecimiento y feminización del envejecimiento y por el peor estado de salud de las mujeres con respecto de los hombres. Otras variables socio-demográficas relacionadas, son el bajo nivel de estudios, el bajo nivel de ingresos y con respecto al estado civil, las viudas y solteras tienen mayor riesgo de ser dependientes.

En cuanto a los factores protectores Sánchez señala los siguientes:

- Empoderamiento.<sup>558</sup> El empoderamiento conforme la definición de la OMS, es un proceso social multidimensional que permite a las personas para obtener el control sobre sus vidas. Las estrategias para el empoderamiento, por tanto, a menudo desafían las asignaciones y las relaciones de poder existentes para dar a los grupos desfavorecidos más poder.

Con respecto a la salud de la mujer, el empoderamiento a menudo ha significado, por ejemplo, el aumento de las oportunidades de educación y acceso

---

<sup>557</sup> SANCHEZ IZQUIERDO, M. *Cuidados de larga duración y dependencia*. En DE LA TORRE, J: (Edit.) «Bioética y Ancianidad en una sociedad en cambio». Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2015. p.137.

<sup>558</sup> OMS. *La transversalización de género para los administradores de salud: un enfoque práctico*. 2011

a la información relevante para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud, mejorar la autoestima y equiparlos con las habilidades de comunicación y negociación. Dichas habilidades se sabe que influyen, por ejemplo, las prácticas sexuales más seguras, la adherencia al tratamiento y el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria oportuna. El concepto así propuesto indica que el individuo debe tomar un papel proactivo en su proceso de envejecimiento. Este proceso se correspondería con la propuesta de envejecimiento activo.

- Evitación del ageísmo. Ya se ha dicho los efectos perniciosos que el ageísmo puede causar en la salud de los individuos, con infraestimación de capacidades mentales y físicas. La eliminación de estereotipos y conductas discriminatorias redundará en la salud de las personas mayores.
- Evitar el proteccionismo. El proteccionismo opera en dirección contraria a la estimulación de la autonomía personal y la independencia personal. Es el fenómeno conocido de la «*profecía que se auto-cumple*». Este efecto (efecto *Pigmalión*) siempre ha recibido la atención de pensadores y científicos. En el proceso dialéctico de la interacción social, las personas, a través de sus conductas, le muestran a una persona la imagen que presenta, constriñéndola a adoptar los comportamientos que sabe que se esperan de ella. El proteccionismo en este sentido acaba por anular la autonomía residual que pudiera quedar, provocando el efecto contrario a lo deseable.<sup>559</sup>

## **2. La ley de Dependencia.**

La estructura de la Ley es la siguiente: un título preliminar, un título primero que contiene cinco capítulos, un título segundo con cinco capítulos, un título tercero, dieciséis disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias y nueve disposiciones finales.

---

<sup>559</sup> MONTORIO, I. IZAL, M. SÁNCHEZ, M. LOSADA, A. *Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple*. Revista Multidisciplinaria de Gerontología 2002;12(2):61-71.



El objetivo de la ley es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

Por otra parte, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

Es obvio, que con el concepto de dependencia que establece la ley, y aunque dicha situación no está supeditada a ninguna edad, la mayoría de población con riesgo de dependencia va estar en el grupo de personas mayores. Según Martínez Maroto,<sup>560</sup> afecta a un 74% de personas mayores, siendo en esta franja mayor el número de mujeres que de hombres<sup>561</sup>.

La ley de dependencia se inspira en una serie de principios formulados en el art. 3 de la ley. El contenido de estos principios, atendiendo al tema que nos ocupa, puede agruparse y sintetizarse en los siguientes principios que consideramos más relevantes:

a) El *carácter público* de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El encaje constitucional de este sistema se realiza a través del art. 41 CE (Sistema de Seguridad Social), el art. 43.2 CE (Sistema Nacional de Salud) y el modelo de Estado Social determinado por el art. 1.1 de la CE. Señala Durán<sup>562</sup> que este sistema opta por un Sistema Público de protección lo cual no impide

---

<sup>560</sup> MARTINEZ MAROTO, A. *La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. En: DE LA TORRE, J y PEREZ, J (Eds.) «Autonomía personal y atención a la dependencia». Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid: 2009 Págs 47-49.

<sup>561</sup> En el capítulo VIII se ofrecen más datos estimativos de porcentajes de mujeres con discapacidad.

<sup>562</sup> DURAN, M. *op.cit.* p. 210

crear espacios de intervención privada, mediante la participación de familiares y organizaciones (art. 3.k) y la iniciativa privada en los servicios y prestaciones (art. 3.m).

b) La *universalidad en el acceso* de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley. Esta propuesta de universalidad es coherente con lo propuesto en 2002, bajo la presidencia española, por la Unión Europea que decidió los tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten. No obstante, la previsión de «*en los términos establecidos en esta Ley*» apunta a una aplicación generalizada atenuada.

c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma *integral e integrada*. La atención integral los Servicios Sociales, el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Atención a la Dependencia es incompleta, al menos por el momento, produciéndose la colaboración de estos servicios de forma dispersa y descoordinada.

d) Condiciones de *igualdad efectiva y no discriminación*, criterios de *equidad* para garantizar la igualdad real y la personalidad de la atención con criterios de *discriminación positiva* (apartados b, d y f del art. 3). El principio de igualdad que recoge el art. 14 CE, en relación con el 149.1.1ª CE y art. 9.2º CE (condiciones de igualdad efectiva) está presente en todo el texto. Toda la ley de Dependencia está influida por el principio de igualdad en su articulado, una orientación que procede en primer lugar de una ley que le antecede que es la *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*. La ley apunta un escenario más completo que la igualdad de oportunidades, y la equidad en el acceso al sistema de la dependencia. Si es necesario, tiene previsto la personalidad de la atención con criterios de discriminación positiva para el logro de la igualdad efectiva.

e) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de *autonomía* posible. Otro de los principios omnipresentes en el articulado de la ley de la dependencia es el de autonomía al que le dedicaremos un apartado a continuación.

f) La *participación* de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta ley.

g) La inclusión de la *perspectiva de género*, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres. También la perspectiva de género tal como se plantea en el texto tiene un importante valor simbólico, según palabras de Hernando,<sup>563</sup> pero ninguna capacidad transformadora, si no se acompaña de medidas concretas encaminadas a poner fin al injusto reparto del trabajo entre hombres y mujeres, a terminar con el modelo que permite descargar sobre ellas una responsabilidad que es de toda la sociedad, y a establecer mecanismos de participación social además de la implicación de las Instituciones en las tareas de cuidados.

Esta era una cuestión ya subrayada en el Libro Blanco de la Dependencia, al señalar que la quiebra del principio fundamental de igualdad que sustenta las sociedades democráticas, es palpable a este respecto, mucho más cuanto que parece mantenerse que dentro de 50 años los cuidados a las personas mayores continuarán siendo cosa de mujeres. A esto se añade que las voces de los movimientos feministas se muestran bastante airadas por lo que se considera un nuevo intento de perpetuar el sistema de género que diferencia entre lo público (lugar de lo masculino) y lo privado, de conformación femenina.

Un dato a tener en cuenta es la mayor proporción de cuidadores femeninos, siendo las mujeres mayores las grandes proveedoras de atención y cuidados de toda la familia.<sup>564</sup> Debe contemplarse que, en general, las mujeres mayores tienen menor formación educativa, lo que condiciona su acceso a los bienes culturales, de ocio y de participación. Por tal razón, permanecen invisibilizadas como colectivo ante las administraciones públicas.

---

<sup>563</sup> Ana Hernando. Una crítica feminista a la Ley de Dependencia. Viento sur: Por una izquierda alternativa, N°. 88, 2006, págs. 89-95. Consultado en: <http://www.vientosur.info/articulosabiertos/vientosur88-LeydeCuidados-AnaHernando.pdf>.

<sup>564</sup> Virginia Maqueira (ed). *Mujeres, Globalización y Derechos Humanos*. Ediciones Cátedra. Madrid. 2006. p.192.

En definitiva, estos principios inspiradores configuran un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía, de carácter prestacional, en el que se regulan las condiciones básicas como garantía de la igualdad de acceso a las prestaciones y servicios establecidos.

Para la consecución de los fines propuestos ley establece tres niveles diferentes de protección:

1. Un nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado.
2. El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas a través de los Convenios previstos.
3. El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

En cuanto al catálogo de prestaciones y servicios está compuesto por:

- a. Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b. Servicio de Teleasistencia.
- c. Servicio de Ayuda a domicilio:
  - Atención de las necesidades del hogar.
  - Cuidados personales.
- d. Servicio de Centro de Día y de Noche:
  - Centro de Día para mayores.
  - Centro de Día para menores de 65 años.
  - Centro de Día de atención especializada.
  - Centro de Noche.
- e. Servicio de Atención Residencial:
  - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
  - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Junto a estos servicios la ley establece tres tipos de prestaciones económicas:

- Prestación económica vinculada al servicio (art.17), de carácter personal y periódico, que estará supervisada por las Administraciones competentes (imposibilidad de acceso a un servicio público o concertado).
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art.18). Destaca la figura del cuidador informal.
- Prestación económica de asistencia personal.<sup>565</sup> (art.19).

Además se establecen otras ayudas:

- Ayudas económicas para facilitar la autonomía personal
- Ayudas para la financiación de un seguro de dependencia.

En cuanto a la Valoración del grado de dependencia<sup>566</sup> se ha optado por seguir el sistema continental o centroeuropeo para que sea un equipo de valoración y en base a un baremo prefijado quién lo valore. Los grados de Dependencia se clasifican en tres grados:

-*Grado I.* Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- *Grado II.* Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- *Grado III.* Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

---

<sup>565</sup> Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

<sup>566</sup> MARTINEZ MAROTO, A. *op. cit.* p. 55.

Cada grado se divide a su vez en dos niveles, dependiendo de la autonomía de las personas y de la intensidad de cuidado que precisan. Así con la combinación de grados y niveles se configuran seis modos diferentes<sup>567</sup>. (Grado I, nivel 1 y nivel 2; grado II nivel 1 y nivel 2; grado III, nivel 1 y nivel 2).

Una de las críticas más intensas a la ley, derivadas de la instauración de un régimen que genera profundas desigualdades en su aplicación, es el tema relativo a la financiación. López Casasnovas,<sup>568</sup> realiza un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura, del que en materia de financiación, hacemos un resumen:

- Potenciar y mantener la autonomía competencial aún a riesgo de lo que pueda aparentar una cierta falta de cohesión geográfica.
- Integración de la financiación por cobertura de dependencia en la financiación autonómica, en un fondo compensatorio de base poblacional, similar a la fórmula para la sanidad y la educación.
- La financiación debe basarse en una estimación global de mínimos asociable a los servicios básicos fijados, que pueda complementarse.
- Estandarización de servicios y fijación de precios de referencia.
- Clarificación de las responsabilidades financieras entre las CC.AA. y la Administración General del Estado y los usuarios en el copago.
- Explorar otras vías de financiación vía fiscalidad, cotización social adicional, fondo de seguro, etc.
- Incentivar la inversión en equipamientos mínimos, evitando incentivos otorgados desde la Administración Central si no existe capacidad de financiación posterior del gasto corriente de la Comunidad destinataria.

---

<sup>567</sup> MARTINEZ MAROTO, A. *op. cit.* p. 56.

<sup>568</sup> LOPEZ CASASNOVAS, G. La ley de Autonomía y Dependencia. Un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura. Fundación Caser. Centre de Recerca en Economia y Salut-CRES. Barcelona: 2001. Disponible en: [http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110301\\_002.pdf](http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110301_002.pdf)

En conclusión, la ley de Dependencia establece un sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de la dependencia, bajo un modelo de atención integral de acceso universal y garantía pública.

### **3. Los derechos humanos en la situación de dependencia**

Las Naciones Unidas reconocen que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno. Estas barreras evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Ese enfoque trastoca el anterior enfoque predominante llamado «*modelo médico o rehabilitador*» que entendía la discapacidad como una consecuencia natural de la pérdida de funcionalidad de distinto tipo (perspectiva orgánico-funcional). Esta perspectiva se centra en la «deficiencia» que padece la persona, caracterizada como una anomalía patológica en la cual «*la discapacidad es la deficiencia*» que le dificulta o impide la realización de determinadas actividades.<sup>569</sup>

Con esta visión paternalista, las medidas van encaminadas a recuperar la “normalidad” a través del tratamiento y del esfuerzo rehabilitador.

Con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, se produce un giro que rompe con la concepción anterior hacia un nuevo modelo denominado “social”, caracterizado por dos rasgos destacables:

1º Incorpora plenamente la perspectiva de los Derechos Humanos en el ámbito de la discapacidad.

---

<sup>569</sup> SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. Del modelo médico al modelo Social: El enfoque de la discapacidad como un problema de derechos humanos. En SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad... Madrid, Dykinson, 2015.

2º Entiende que la causas que originan la discapacidad no son individuales sino preponderantemente sociales.

En el fondo, la discapacidad se manifiesta en función de las limitaciones sociales a las que el individuo concreto se tiene que enfrentar y no tanto en sus limitaciones funcionales. Con esa orientación, tomando el ejemplo de una persona en silla de ruedas que no puede desplazarse por la existencia de barreras arquitectónicas, muestra la diferencia entre deficiencia y discapacidad. La incapacidad para andar y tener que usar una silla de ruedas es una deficiencia. Mientras que la incapacidad de no poder subir las escaleras (por que no exista elevador por ejemplo) es una discapacidad. Esas limitaciones sociales deben ser tenidas en cuenta para asegurar las necesidades de las personas con discapacidad en toda la organización social y en el modo de prestar los servicios socio-sanitarios.

Siguiendo a Sánchez y Solar,<sup>570</sup> la asunción de este modelo social tiene importantes implicaciones jurídicas, sobre todo en lo que respecta a las garantías de protección de los derechos fundamentales:

1º. Concepción diferente del sujeto de derechos. Asume un concepto amplio de discapacidad desligado de consideraciones exclusivamente médico-administrativas.

2º. Lo enfoca como un problema de desigualdad social y no meramente asistencial. La legislación por tanto, deberá dar una respuesta que corrija la situación de déficit de derechos.

3º. Frente a la idea de la “normalización” se impone la idea de la aceptación de la “diversidad” como hecho consustancial de la naturaleza humana.

En conclusión, la integración de la dimensión de la discapacidad en el discurso de los Derechos Fundamentales aspira al ideal de la autonomía individual, donde el énfasis se pone no tanto en lo que son incapaces de hacer sino en lo que si pueden hacer

---

<sup>570</sup> SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. *Del modelo médico al modelo Social... op. cit.* p.30.



para lograr la plena inclusión social. En este sentido, las políticas paternalistas deben dar paso a políticas participativas<sup>571</sup>.

### **3.1. Aspectos éticos y jurídicos de la dependencia.**

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD), es un documento de gran trascendencia ya que aborda de manera específica, dentro del sistema de protección de derechos humanos de la ONU, la situación de las personas con discapacidad, y supone un cambio definitivo de paradigma en la historia del tratamiento jurídico de la discapacidad, enfocando el tratamiento de la misma como una cuestión prioritariamente de ejercicio de los derechos humanos.<sup>572</sup>

Las políticas relativas a las personas mayores deben basarse en los derechos humanos y el respeto a la dignidad del individuo, y deben orientarse al mantenimiento, la promoción y la recuperación de la independencia. Como establece el art. 1 CIDPD su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Algunos de los principios que proclama la Convención son:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la *autonomía* individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- b) La *no discriminación*<sup>573</sup>.

---

<sup>571</sup> SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. Del modelo médico al modelo Social... *op. cit.* p.34.

<sup>572</sup> SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. Del modelo médico al modelo Social... *op. cit.* p.25.

<sup>573</sup> Por “discriminación por motivos de discapacidad” la Convención entiende “ cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos

c) La *participación* e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

d) El *respeto por la diferencia* y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.

Por su parte, la ley de la dependencia tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. La garantía de una igualdad efectiva y de no discriminación debe extenderse no sólo a comportamientos y prácticas excluyentes, como comportamientos que discriminan, sino hacia un entorno no accesible, un producto no utilizable por todos o un servicio que no tiene en cuenta las especiales dificultades de ciertas personas, ya que se tratan de discriminaciones indirectas pero muy efectivas. Abordar estas políticas requiere de una formación y una concienciación específica, en la medida que se trata de equiparar la igualdad formal con la material. Además de la búsqueda de la igualdad material, cabe preguntarse por los problemas, principios o valores éticos en juego en torno a la dependencia.

Estos problemas tienen base en la extrema fragilidad y vulnerabilidad del adulto mayor en situación de dependencia. Son por tanto, muchas las cuestiones que se manifiestan en la aplicación de la ley y que pueden tener un trasfondo ético. Como por ejemplo, el derecho del dependiente a vivir en su entorno habitual (modelo de apoyo personalizado) versus una institucionalización alejada de sus apoyos sociales.<sup>574</sup> Dejando al margen toda la casuística posible, desde una reflexión ius-filosófica, podemos destacar dos grandes áreas de debate ético en la dependencia, que giran en torno al principio de Autonomía y al principio de Justicia<sup>575</sup>.

---

humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

<sup>574</sup> CASTILLO ARENAL, T. *El modelo de apoyo personalizado en el hogar a personas en situación de dependencia*. En: DE LA TORRE, J y PEREZ, J (Eds.) «Autonomía personal y atención a la dependencia». Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid: 2009. p.25.

<sup>575</sup> Sobre el principio de justicia distributiva ver capítulo 6.

## 3.2. Autonomía.

### 3.2.1. Autonomía como principio de la Bioética

Uno de los vocablos “omnipresentes” a lo largo del articulado de la ley de Dependencia es el de autonomía<sup>576</sup>. ¿A qué tipo de autonomía se refiere? La primera pista la proporciona la propia ley en el art. 2 cuando define la autonomía como «*la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*».

Desde que el principio de autonomía se convirtiera en uno de los principios rectores de la Bioética, se han hecho múltiples interpretaciones del mismo. Junquera<sup>577</sup> destaca la existencia de una cierta “inflación” de la palabra, lo que lleva a la necesidad de una delimitación conceptual del término. Junquera<sup>578</sup> construye una definición de autonomía como «*la capacidad del individuo para configurar su vida del modo que crea conveniente atendiendo a sus planes, a su escala de valores y a las circunstancias en que su vida se desarrolle*».

Etimológicamente, autonomía, significa la capacidad que tiene la persona de darse a sí misma leyes (de *autos*, uno mismo y *nomos*, ley). Introducido el concepto en ética por Immanuel Kant,<sup>579</sup> la autonomía es el principio supremo de la moralidad. Posee un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón.

La doctrina bioética remite al *informe Belmont* (1978) elaborado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral*

---

<sup>576</sup> En este sentido el objeto de la ley es regular....las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal [...] (art.1).

<sup>577</sup> JUNQUERA DE ESTEFANI, R. *El paciente y su capacidad de decidir en el ordenamiento Español*. En: JUNQUERA DE ESTEFANI, R. (Dir.) *Bioética y Bioderecho*. Reflexiones Jurídicas ante los retos bioéticos. Comares. Granada: 2008. p.130.

<sup>578</sup> JUNQUERA DE ESTEFANI, R. op.cit. p. 131.

<sup>579</sup> MONTERO, F. MORLANS, M. *Para deliberar en los comités de ética*. Fundación Doctor Rubert. UAB. Barcelona: 2009. Pág. 91

*Research* como punto de partida del principio de autonomía, en el que se incorporan dos convicciones<sup>580</sup>:

- Los individuos deben ser tratados como seres autónomos.
- Aquellas personas cuya autonomía esté disminuida (que no sean competentes moralmente) deben ser “objeto de protección”. Es lo que se conoce por juicio de sustitución por el que un representante toma las decisiones por el sujeto que por sus circunstancias no puede tomar decisiones.

En Bioética el eje vertebrador del principio de autonomía lo constituye el respeto por las decisiones y la voluntad del paciente. Puijalón<sup>581</sup> por su parte, distingue dos tipos de autonomía:

- La *autonomía funcional* como posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse. Cuando en gerontología se habla de pérdida de autonomía, generalmente se contempla la autonomía funcional.

- La *autonomía decisional*, por la que se entiende la capacidad en la gestión de sus dependencias. Esta es la que corresponde con la etimológica<sup>582</sup>.

La autonomía decisional puede verse comprometida en situaciones de dependencia. En ocasiones los dos tipos de autonomía se entrecruzan para comprometer la toma de decisiones. Y ambas están estrechamente ligadas al concepto de discapacidad. En este sentido el art.1º de la *Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad*<sup>583</sup>, aprobada por la Organización de Naciones Unidas en 2006 fundamenta un nuevo concepto de discapacidad.<sup>584</sup>

---

<sup>580</sup> CATALDI AMATRIAIN, RM. *op.cit.* p.170.

<sup>581</sup> PUIJALÓN, B. *Autonomía y vejez: un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica*. En VVAA. «Autonomía y dependencia en la vejez». Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas. Cuaderno 16. Disponible en: [http://www.fundaciogrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/\\_/\\_/37ev/16-Autonomia-y-dependencia-en-la-vejez.html](http://www.fundaciogrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/_/_/37ev/16-Autonomia-y-dependencia-en-la-vejez.html)

<sup>582</sup> Así una acepción del diccionario de la RAE es: 2. f. «Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie».

<sup>583</sup> «BOE» núm. 96, de 21 de abril de 2008, páginas 20648 a 20659.

<sup>584</sup> En la Convención se define como persona con discapacidad a (Art.1)“... aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás”.

La discapacidad no es una característica intrínseca del individuo, sino el resultado de la interacción entre una persona con unas circunstancias personales concretas y un entorno que limita, obstaculiza o impide el ejercicio de sus derechos. Este es un motivo de desencuentro<sup>585</sup> entre esta formulación y el sistema jurídico español que regula los derechos de la personalidad y la capacidad jurídica y de obrar de las personas con discapacidad y las restricciones y sustituciones que éstas pueden encontrar. Puesto en conexión con el art. 12 CIDPD,<sup>586</sup> no es de extrañar que algunos autores hablen de “sacudida” ante el encaje producido. En efecto, en palabras de Pérez Bueno, «el principio general que sienta este artículo es el de que las personas con discapacidad tienen la misma “capacidad jurídica” que las demás “en todos los aspectos de la vida”. Esto significa que no cabe la sustitución o la representación en la toma de decisiones o en el gobierno de sí y de los derechos e intereses de la persona, a causa o por motivo de discapacidad. La pura y mera sustitución, se trueca por el apoyo o los apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica plena».

Para Cataldi, la autonomía es la capacidad que tiene la persona para determinar el curso de su propia existencia, es decir, la facultad de elegir por sí mismo y definir sin intervención de otros un proyecto de vida.<sup>587</sup> Señala este autor,<sup>588</sup> que la Bioética médica hace un uso restringido de la misma, interesada más que en tratar el concepto de autonomía, en dar solución al problema “del grado de autonomía” para la resolución de casos difíciles.

Siguiendo en el campo de la Medicina, hay dos condicionantes en su valoración. El primero reside en que la capacidad del sujeto es variable, no permanece inmutable en el tiempo. Lo segundo, es la dificultad de establecer una frontera entre la capacidad

---

<sup>585</sup> PÉREZ BUENO, LC. *La recepción de la Convención de la ONU en el ordenamiento jurídico español: Ajustes necesarios*. En: «Discapacidad, Derecho y Políticas de Inclusión». Ediciones Cinca. Madrid: 2010.p. 54.

<sup>586</sup> Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley.

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.

2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

<sup>587</sup> CATALDI AMATRIAIN, RM. *Alcances del principio de autonomía en medicina*. En: ENGELHARDT; D. MAINETTI, JA. CATALDI, R. MEYER, L. (Edit.) «Bioética y Humanidades Médicas». Buenos Aires (Argentina), Biblos, 2004. p. 167.

<sup>588</sup> CATALDI AMATRIAIN, RM. *op. cit.* p. 168.

plena y la limitada. A estos efectos, Pereira<sup>589</sup> distingue entre autonomía potencial y autonomía plena:

- *Autonomía plena*: son aquellos mínimos que nos permiten reconocer en los sujetos la capacidad de tener un sentido de justicia y la capacidad para concebir el bien de la personalidad moral.
- *Autonomía potencial*: es la de aquellos sujetos que no han llegado a un nivel mínimo del desarrollo de estas dos capacidades.

Por otra parte, González,<sup>590</sup> que cita a Beauchamp y Childress, distingue entre grados de autonomía y concepto de acción autónoma. Para que se dé una acción autónoma la persona la realiza de forma: a) intencional, b) con comprensión y c) sin influencias que determinen su acción. Aunque la intencionalidad no admite graduación, las otras dos características (comprensión<sup>591</sup> y ausencia de coacción) si la admiten, lo que permitiría establecer un umbral. De esta manera, la autonomía es presentada como un «*continuum*», con un umbral que marca el paso de un estado a otro.<sup>592</sup> Algo similar a lo que Beachamp y Childress en el terreno de la Bioética denominan competencia<sup>593</sup>.

Así, se considera a las personas como capaces o como incapaces. Por encima del umbral o corte elegido, señala Sánchez Caro<sup>594</sup>, las personas son igualmente capaces, mientras que por debajo del punto de corte elegido son igualmente incapaces. La dificultad técnica radica por tanto, en la evaluación de esa capacidad. La autonomía en este sentido implica autocontrol, capacidad de decisión y autogobierno del sujeto. Esta idea concuerda con el apartado 2.f. del art. 4 de la Ley de Dependencia al señalar entre los Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, “A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno”.

---

<sup>589</sup> PEREIRA, G. *Justicia distributiva, responsabilidad y compensación*. Isegoria/27 (2002) p. 230

<sup>590</sup> GONZALEZ R. ARNAIZ, G. *Estudio introductorio. Bioética: Saber y preocupación*. En JUNQUERA DE ESTEFANI, R. (Dir.) «Bioética y Bioderecho. Reflexiones Jurídicas ante los retos bioéticos». Granada, Comares, 2008. p.20.

<sup>591</sup> Similar a la *phronesis* aristotélica o capacidad para el racionamiento práctico.

<sup>592</sup> PEREIRA, G. op. cit. p. 231

<sup>593</sup> Los anglosajones utilizan los términos *competency* y *capacity* en referencia a la capacidad mental, de forma indistinta.

<sup>594</sup> SANCHEZ CARO, J. SANCHEZ CARO, J. *El consentimiento informado en Psiquiatría*. Madrid, Díaz de Santos, 2003. p. 32.

### 3.2.2. Autonomía como presupuesto y fundamento de los derechos.

La autonomía desde la discursiva de los derechos humanos es a la vez presupuesto y fundamento de los derechos. Al asociarse a la propia concepción del ser humano es presupuesto del derecho. Al unirse a la idea de la dignidad de la vida, como fin último de los derechos humanos, es su fundamento.<sup>595</sup>

En la visión kantiana, sólo los que disponen de autonomía moral, pueden ser considerados como titulares de derecho. En lo que respecta a lo que anteriormente llamábamos autonomía plena, esto no supone ningún problema. Ahora bien, ¿Qué ocurre cuando la autonomía es limitada, potencial o restringida? ¿Pueden o no pueden ser titulares de derechos?

Para responder a esta cuestión, De Asis, incorpora dos ideas: la de adquisición progresiva de las capacidades y que la autonomía es un objetivo para la atribución de derechos y no un requisito. A su vez, no puede concebirse autonomía sin autodeterminación, o independencia del sujeto. La independencia se convierte en el presupuesto y la consecuencia de la autonomía. El fin al que aspira el derecho es a proteger la autonomía para ejercer acciones independientes, lo cual no equivale a hacer desaparecer situaciones de dependencia. Y a la vez, autonomía e independencia forman parte del contenido de todos los derechos.

El logro de la vida humana digna, en cuanto aspiración que se pretende conseguir mediante el reconocimiento de los derechos, no se entiende sin la protección, promoción y la realización de la autonomía. El sentido de protección y realización comprende una exigencia: la de permitir (respetar) las acciones autónomas y abstenerse de impedir las (derecho a la no interferencia de la decisión). La promoción, por otra parte, entendida como una obligación de hacer, implicaría realizar acciones para facilitar la decisión autónoma. Esta doble exigencia concuerda con los derechos económicos, sociales y culturales, como derechos de todos los seres humanos y como derechos de grupos o colectivos en situaciones específicas. De ahí se deriva que estas

---

<sup>595</sup> DE ASÍS, R. BARRANCO, MC. *Sobre el derecho a la autonomía en el ámbito de las situaciones de dependencia*. En BARRANCO AVILES (Coord.) «Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos». Madrid, Dykinson, 2011.

situaciones de falta de autonomía o de dependencia tengan un alcance social. Estas situaciones son posibles con la llamada libertad promocional o libertad real, a la que pertenecen los DESC, que facilitan los instrumentos necesarios y esenciales para el disfrute de otros tipos de libertades.

Para De Asís<sup>596</sup>, dos serían los problemas que en relación a la dependencia plantea la imagen de un sujeto moral:

- Las carencias de capacidad para el ejercicio de la libertad moral derivadas de las limitaciones (sobre todo las intelectuales) que conforman un ámbito de autonomía muy restringido. Esta imagen es a menudo, un mero prejuicio.
- En el contexto de la dependencia la sociedad no se toma en serio a autonomía de las personas que se encuentran en esa situación. Incluso aunque dichas personas ostenten la “capacidad absoluta” para el ejercicio de la capacidad moral.

Es un error, por tanto, tratar de asimilar autonomía funcional con autonomía moral. Igualmente es importante tener en cuenta que la consecución de los planes de vida, o libre desarrollo de la personalidad, es algo que le corresponde determinar a cada persona desde su propia autonomía moral. En el ámbito de la vejez se dan muchas situaciones de capacidad disminuida o restringida. La Convención apuesta por una interpretación amplia y garantista de la autonomía moral.

### **3.3 Dependencia y capacidad.**

En el plano jurídico, el concepto de autonomía está estrechamente relacionado con el de capacidad de obrar. Desde la perspectiva jurídica española es clásica la distinción de dos tipos de capacidad: la capacidad jurídica y la capacidad de obrar. La capacidad jurídica sería coincidente con la personalidad jurídica<sup>597</sup> (o capacidad para ser titular de derechos) y la capacidad de obrar, como poder de realizar actos con eficacia jurídica. La capacidad de obrar depende del estado civil, de ciertas cualidades que el

---

<sup>596</sup> Rafael de Asís Roig, R. Palacios, A. *Derechos humanos y situaciones de dependencia*. Madrid, Editorial Dykinson, 2007. p.50

<sup>597</sup> Para ampliar más sobre Personalidad y Capacidad jurídica véase: SÁNCHEZ DE LA TORRE, A. (Edit.) «*La capacidad jurídica*». Dykinson. Madrid: 2006. p. 162.



ordenamiento toma en consideración como menor edad, incapacitado por locura, sordomudez, etc.<sup>598</sup>

En el derecho vigente español, desde el momento del nacimiento toda persona posee idéntica capacidad jurídica o idoneidad para ser titular de derechos.<sup>599</sup> Desde la mayoría de edad y hasta la muerte, la persona es titular de la plena capacidad de obrar (presunción legal de capacidad del mayor de edad). A partir de ahí sólo puede ser declarado incapaz por decisión judicial.<sup>600</sup>

La distinción entre incapacidad natural e incapacitación resulta especialmente significativa y útil en el ámbito de la ancianidad.<sup>601</sup> Como señala Zurita, la inmensa mayoría de los ancianos disminuidos psíquicamente son naturalmente incapaces aunque no sean legalmente incapacitados. Al respecto son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma (art 200 C.c.).

La capacidad de obrar no es igual ni homogénea para todas las personas, sino que admite limitaciones y graduaciones en los sujetos al contrario que la capacidad jurídica que es uniforme. Estos argumentos pueden conducir a situaciones extremas en el caso de discapacidad psíquica.

Siguiendo en este punto a Pérez Bueno,<sup>602</sup> los sistemas jurídicos de base latina, aceptan con naturalidad la menor capacidad jurídica por motivo de discapacidad, en especial de las discapacidades de índole mental o intelectual. Estos sistemas admiten la desigualdad ante la ley, diferenciando entre niveles de discapacidad (plena, semiplena y nula), en función de la concurrencia de diversas discapacidades que de forma tradicional se consideraba que impedía o dificultaban el gobierno de sí y de los derechos e intereses

---

<sup>598</sup> SÁNCHEZ CARO, J. SÁNCHEZ CARO, J. *op. cit.* p. 186.

<sup>599</sup> Art. 29 del Código Civil: El nacimiento determina la personalidad; pero el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables, siempre que nazca con las condiciones que expresa el artículo siguiente. Artículo 30: La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno

<sup>600</sup> Art. 199 del C.c.: «Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la ley».

<sup>601</sup> ZURITA MÁRTIN, I. Protección civil de la ancianidad. Madrid, Dykinson, 2004. p. 56

<sup>602</sup> PÉREZ BUENO, LC. *op. cit.* p. 70.

personales, económicos y patrimoniales. La doctrina civilista conceptúa este sistema como modelo de sustitución. Estos sistemas entienden que la capacidad de obrar puede verse modificada por razones de discapacidad. Cuando ocurren los supuestos de hecho (discapacidad limitante) operan mecanismos de sustitución regulados minuciosamente en los distintos ordenamientos jurídicos. Con una visión paternalista, y con miras de proteger al individuo y sus derechos y bienes, una persona física (a veces una persona jurídica) adopta decisiones en nombre o interés de otra.

En España, estos mecanismos de sustitución se articulan a través de la incapacitación judicial del presunto incapaz, con instituciones como la tutela y la curatela. La sustitución de la adopción autónoma de decisiones suele afectar a cuestiones personales y patrimoniales, en el ámbito civil, político y económico que son en definitiva esferas personalísimas, integrantes del núcleo esencial de la personalidad del ser humano. Estos pueden afectar a internamientos o tratamientos forzosos por ejemplo. Por lo que los derechos humanos pueden verse comprometidos. Estos mecanismos de sustitución legal provienen de un pasado y de una visión de incapacidad anticuada y aunque son fundamentalmente tuitivos, en bien y en interés del incapaz, se hacen a espaldas de la afeción de la integridad personal y de los derechos humanos del individuo.

Pues bien, en base a la Convención de la ONU, en el que se establece el paradigma de la capacidad jurídica plena o «*capacidad jurídica universal*», se debe proceder a realizar los ajustes necesarios para adecuar el ordenamiento jurídico español, al menos en aquellos conflictos de más calado y alcance, en aras de conseguir una mayor eficacia del efecto en los derechos humanos de las personas con discapacidad. Esto afectará a instituciones arraigadas como tutela, curatela e incapacitación judicial, a favor de la personalidad jurídica plena, indemne a toda forma de intervención restrictiva.<sup>603</sup>

En efecto, el artículo 12 CIDPD, en su apartado segundo, establece la obligación de los Estados de reconocer que «las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida».

---

<sup>603</sup> PÉREZ BUENO, LC. op. cit. p. 55.

Establece por tanto, el principio de «*capacidad jurídica universal*», que alcanza a todas las personas con discapacidad, sin exclusiones por razón del tipo o del grado de discapacidad. El reconocimiento de la capacidad jurídica constituye el presupuesto o la condición imprescindible para que las personas con discapacidad puedan ser consideradas como sujetos titulares de derechos y capaces de ejercerlos.<sup>604</sup>

De acuerdo con la Convención, cualquier restricción de la capacidad jurídica por motivo únicamente de discapacidad constituye una discriminación por razón de discapacidad, prohibida por el artículo 5. Es decir, la Convención restringe extraordinariamente el recurso a la incapacitación de las personas con discapacidad como mecanismo de anulación o de limitación de su capacidad para tomar sus propias decisiones. Esta consideración es sumamente importante ya que otros elementos pueden estar en conflicto con la Convención como son los referidos a las restricciones al derecho a la libertad por razón de discapacidad. Son cuestiones más o menos conflictivas como el internamiento forzoso, los tratamientos no voluntarios, etc., en personas en situación de discapacidad. En el terreno del Derecho penal, las políticas deben orientarse a mejorar la regulación de la protección penal de las personas con discapacidad (con la introducción de tipos penales específicos, agravantes, etc.) cuando la infracción criminal venga determinada por la circunstancia de una discapacidad<sup>605</sup>.

La finalidad del artículo 12 es el tránsito del tradicional modelo de «sustitución en la toma de decisiones», que deriva de la incapacitación total o parcial de la persona con discapacidad<sup>606</sup>, a un nuevo modelo de «apoyo o asistencia en la toma de decisiones» en aquellos ámbitos concretos en los que el sujeto pueda tener dificultades, que trata de potenciar la libertad y la autonomía de las personas con discapacidad<sup>607</sup>.

En el apartado 4 y 5 del artículo 12 CIDPD se establecen una serie de garantías para la consecución de la plena capacidad jurídica:

---

<sup>604</sup> SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. *Determinación de los derechos de las personas con discapacidad en los diversos ámbitos*. En SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI «La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad...» Madrid, Dykinson, 2015.

<sup>605</sup> PÉREZ BUENO, LC. *op.cit.* 17.

<sup>606</sup> En aquellas situaciones en las que una persona con discapacidad puede necesitar la ayuda de un tercero para el ejercicio de sus derechos.

<sup>607</sup> SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. *Determinación de los derechos de las personas...op. cit.* p.62.

«4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas».

5. «Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria».

La recepción del art. 13 CIDPD afecta a situaciones dentro del ámbito de la justicia que requerirán una renovación del marco normativo para garantía efectiva de estos derechos. Así la eliminación de restricciones para ejercer la función de jurado, para actuar como testigo en procedimientos notariales<sup>608</sup>, son dos ejemplos concretos. También se ven afectadas las restricciones al derecho de sufragio activo y pasivo, accesibilidad en los procesos electorales, etc.

Otro ámbito en el que son precisas garantías legislativas, es el relativo a la situación de las personas con discapacidad internadas en instituciones residenciales. La práctica indica, en palabras de Pérez Bueno,<sup>609</sup> que las formas de vida

---

<sup>608</sup> Artículo 681 del Código civil: No podrán ser testigos en los testamentos:

...2) Los ciegos y los totalmente sordos o mudos.

<sup>609</sup> PÉREZ BUENO, LC. *op. cit.* p. 62.

institucionalizadas, que históricamente han tenido un cariz segregacionista, son entornos más expuestos a violaciones o no respeto de los derechos humanos. Es, según este autor, opinión que compartimos, deseable una “carta de derechos de las personas acogidas” similar a la existente para pacientes sanitarios, que establezca un específico régimen jurídico de protección jurídica de los derechos de las personas institucionalizadas.

Es significativo en este sentido el artículo 14.1 CIDPD que establece que “Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona.
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad”.

Por su parte, el apartado 2 del mismo artículo establece que: “*Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables*”.

En este sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha tenido ocasión de pronunciarse<sup>610</sup> en el supuesto de internamiento psiquiátrico de una persona incapacitada judicialmente, sobre la base del consentimiento de su representante legal. Se trata de una consecuencia negativa del modelo de sustitución de decisiones que anula completamente la voluntad del incapacitado. La lectura de la posición del TEDH es clara: la voluntad del incapacitado debe ser tomada en cuenta, y deben revestirse de otras garantías en relación con la institucionalización (derecho a vivir en condiciones dignas, disponer de un recurso judicial adecuado, derecho de revisión de la decisión de internamiento, etc.).

---

<sup>610</sup> Casos Shtukaturo v. Russia (2008), y Stanev v. Bulgaria (2012).

#### **4. Dependencia, salud y protección social.**

El artículo 25 CIDPD está dedicado a la Salud y guarda paralelismo con el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* puesto que reconoce a las personas con discapacidad el derecho a gozar del **más alto nivel posible de salud** sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

Para hacer efectivo el derecho, los estados proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas. También, proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades. Igualmente, en base a la prioridad de la atención de proximidad, se proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad.

La convención contiene en el art. 25, un mandato dirigido a los profesionales y los servicios sanitarios para que presten sus servicios con la misma calidad que al resto, sobre la base del respeto de los derechos humanos, la dignidad, a la autonomía y con prohibición de la discriminación.

Este es el sentido de anteriores declaraciones de las Naciones Unidas en materia de salud. En suma, las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en la atención sanitaria.

Los conflictos más frecuentes en relación a la atención socio-sanitaria guardan relación con:

- Malos tratos, incluyendo restricciones físicas y químicas.
- Deshumanización de la atención y despersonalización.
- Falta de respeto a la autonomía de la persona mayor.
  - Falta de información.
  - No obtención del consentimiento informado.
  - Decisiones de sustitución y límites.
- Intimidación, privacidad y confidencialidad.
- Tutela y Curatela.

En cuanto a un conflicto que se puede dar en el ámbito familiar, es la figura del abandono<sup>611</sup> por los cuidadores habituales. Hay que insistir que esta figura está contemplada en el Art. 226 CP como delito: «El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses».

También en el contexto social actúan las conductas ageístas. El imaginario social cuando se asocia con las situaciones de dependencia contribuye a reforzar los estereotipos y representaciones excluyentes de los mayores.<sup>612</sup> Las conductas ageístas, intentan “legitimar” la dejación de los derechos sociales fundamentales. Es el caso de discapacidad psíquica sobrevenida en el anciano que sufre la exclusión de la mayoría social y del estigma de la enfermedad mental.

En ocasiones el propio tratamiento tiene un sesgo ageísta. El porcentaje de ancianos residentes en asilos o residencias geriátricas, tratados con medicamentos hipnóticos es alto. A pesar de que estos medicamentos llevan siempre asociados efectos secundarios indeseables para las personas mayores. El estudio de Flick et al., mostró

---

<sup>611</sup> BAND-WINTERSTEIN, T. *Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect*. *J Appl Gerontol*. 2015 Apr;34(3):NP113-27.

<sup>612</sup> MOTA ARENAL, R. *Envejecimiento y apoyo social: La Trama recíproca*. En: DE LA TORRE, J y PEREZ, J (Eds.) «Autonomía personal y atención a la dependencia». Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 2009. p. 25.

deficiencias en la gestión profesional de los trastornos del sueño en los hogares de ancianos<sup>613</sup>.

---

<sup>613</sup> FLICK U, GARMS-HOMOLOVÁ V, RÖHNSCH G. "And mostly they have a need for sleeping pills": physicians' views on treatment of sleep disorders with drugs in nursing homes. *J Aging Stud.* 2012 Dec;26(4):484-94.





## **CAPÍTULO 8: LA DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER MAYOR Y LA MÚLTIPLE DISCRIMINACIÓN**



## CAPÍTULO 8: LA DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER MAYOR Y LA MÚLTIPLE DISCRIMINACIÓN

**Sumario:** 1. La feminización del envejecimiento y la salud. 1.1. El fenómeno de la feminización del envejecimiento. 1.2. La salud de las mujeres mayores. 2. La cuestión de género y los derechos humanos de las mujeres mayores. 2.1 La igualdad y los derechos humanos de las mujeres. 2.2. Crítica al feminismo en su enfoque de la mujer mayor. 2.3 Una forma extrema de discriminación: la violencia contra las mujeres mayores. 3. La feminización de la pobreza. 3.1. La pobreza y la edad en el acceso a los recursos sanitarios. 4. La discriminación múltiple. 4.1. Concepto de discriminación múltiple. 4.2. La discriminación múltiple en la mujer. 4.3. Otros supuestos de discriminación múltiple en el anciano. 4.4 Discriminación múltiple en el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.

### **1. La feminización del envejecimiento y la salud.**

#### **1.1. El fenómeno de la feminización del envejecimiento**

A pesar de que en España nacen más varones que mujeres, en nuestro país hay más mujeres que hombres. Hay en torno a unos cuatro millones y medio de mujeres mayores de 65 años lo que representa casi el 10% de la población total española. El envejecimiento demográfico de la sociedad española obedece a dos procesos concurrentes similares a los acontecidos en las sociedades occidentales contemporáneas: por una parte, el descenso de la natalidad (menor tasa de fecundidad) y por otra, la prolongación de la esperanza de vida con el consiguiente aumento de la longevidad. Además, el efecto “rejuvenecedor” que ha podido tener la inmigración, se ha visto ralentizado, por no decir contrarrestado, en los últimos años por los efectos de la crisis

económica. Simultáneamente a este proceso de envejecimiento social, se manifiestan dos rasgos característicos:

- El mayor peso en la estructura de la pirámide demográfica de los grupos de edades más elevadas, a partir de los 80 años, proceso conocido como sobre-envejecimiento, esto es, *el envejecimiento del envejecimiento*. Un dato elocuente: la cifra de crecimiento de población octogenaria ha ascendido al 21.1%. Y se ha producido, igualmente, un incremento en el número de centenarios.
- *Feminización de la vejez*. En España hay 143 mujeres mayores de 65 años por cada 100 hombres de esa misma edad. Cifra que va aumentando en los grupos etarios posteriores. La tasa de mortalidad para los hombres a los 65 años es de 13,5% mientras que para las mujeres de esa misma edad la tasa baja al 4,8%. Puede decirse que el aumento de la longevidad favorece especialmente a las mujeres: cuanto más crece la esperanza de vida para la población, más se alarga la vida de las mujeres con relación a la de los hombres. Fenómeno que se conoce como feminización de la vejez o ancianidad. En la Tabla 11, muestra los datos por edades y por sexo. Puede apreciarse que dichas diferencias acaban por nivelarse en el rango de edad de mayores de 97 años.

**Tabla 11:** Tasas de mortalidad y Esperanza de vida en España en el año 2013 por edad y sexo. Fuente: INE

Mujeres		2013	Hombres	
Esperanza de vida	Tasa de mortalidad	Edad	Tasa de mortalidad	Esperanza de vida
22,901757	4,970853	65	13,344519	18,95946
18,523563	8,265861	70	19,688846	15,214833
14,354461	15,000269	75	31,943521	11,74516
10,569882	30,415307	80	53,850991	8,705956
7,411509	63,801249	85	97,354906	6,220805
5,079711	131,609491	90	173,596621	4,471919
3,65726	234,906112	95	264,75883	3,471395
3,137568	318,718154	100	293,011364	3,412837

En cuanto a la esperanza de vida a los 65 años, con datos de 2013, las mujeres tienen una esperanza de 22 años, mientras que, en el caso de los varones, se sitúa en 18,1 años. Esta relación se mantiene a favor de las mujeres mayores hasta la edad de 95 años en la que se invierte a favor de los hombres.

## **1.2. La salud de las mujeres mayores.**

El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva,<sup>614</sup> y este contraste se acentúa en las edades más avanzadas.<sup>615</sup> La percepción que tienen las mujeres mayores sobre su propia salud, en general, es peor que la de los hombres y ambos valoran su salud de forma más negativa a medida que se incrementa la edad. Así, el 55,7% de los varones de 65 a 74 años y el 40,3% de los mayores de 75 consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Estos porcentajes disminuyen hasta el 39,4% y el 29,8%, respectivamente, en el caso de las mujeres.

Por otro lado, éstas obtienen mayores puntuaciones en estados de salud mala o muy mala; dos de cada nueve mujeres la han definido así, frente a un 13,1% de varones. Por tanto, según avanza la edad, las percepciones negativas aumentan y también crecen las diferencias entre varones y mujeres.

Un indicador indirecto, ilustrativo del estado de salud es el uso y consumo que hacen las personas de las medicinas. El consumo de medicamentos aumenta con la edad y las mujeres consumen más que los varones a todas las edades.<sup>616</sup>

En cuanto a la dependencia funcional,<sup>617</sup> en la tabla 12, se muestran las diferencias por sexo y edad, en la que se aprecian unas mayores diferencias en el caso de las mujeres con respecto de los hombres.

---

<sup>614</sup> La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla de la salud objetiva, enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

<sup>615</sup> DIAZ, R. (Coord.) Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008/ Tomo I. IMSERSO, Madrid: 2009. p. 76

<sup>616</sup> DIAZ, R. *op. cit.* p. 80.

<sup>617</sup> Las actividades de cuidado personal comprenden: Tomar sus medicinas, Comer, Vestirse y desnudarse, Peinarse y afeitarse, Cortarse las uñas de los pies, Lavarse la cara y el cuerpo de cintura para arriba, Ducharse o bañarse y Quedarse solo durante la noche.

**Tabla 12.** Dependencia funcional (cuidado personal, tareas domésticas y movilidad) según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años. Unidades: miles de personas. **Fuente:** INE

	Total	No	Sí, para cuidado personal	Sí, para labores domésticas	Sí, para movilidad	No consta
<b>HOMBRES</b>						
De 65 a 69 años	1.053,8	808,9	127	175,5	145,4	14,9
De 70 a 74 años	781	561,6	143,4	163,9	121,7	14,6
De 75 a 79 años	675,3	405,4	185,1	205	187,4	7
De 80 a 84 años	528,9	222	232,1	241,9	238,9	4,1
De 85 y más años	341,2	75	221	247,8	235	0,4
<b>MUJERES</b>						
De 65 a 69 años	1.117,3	828,4	177,9	198	205,8	7,9
De 70 a 74 años	999	584,9	300	321,1	331,4	3,6
De 75 a 79 años	1.000,9	436,7	405	436,1	453,2	3,6
De 80 a 84 años	734,9	215,1	414,6	440,6	443,7	4,6
De 85 y más años	636,2	72,2	484,5	515,1	525,6	1

El triunfo de la longevidad femenina no se traduce en una mejor calidad de vida. Según el informe 2008 del INERSO,<sup>618</sup> el indicador esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) intenta sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de la vida. La esperanza de vida presenta un incremento temporal; sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida ganados sean años en buen estado de salud.

---

Las labores domésticas comprenden: Utilizar el teléfono, Comprar comida o ropa, Preparar el desayuno, Preparar la comida, Cortar una rebanada de pan, Fregar la vajilla, Hacer la cama, Cambiar las sábanas, Lavar ropa ligera a mano, Lavar ropa a máquina, Limpiar la casa, Limpiar una mancha del suelo y Coser un botón.

<sup>618</sup> DIAZ, R. *op. cit.* p. 41

Las diferencias entre sexos en la esperanza de vida se reducen de forma importante cuando se tiene en cuenta los años vividos libres de incapacidad, de tal manera que la ganancia de años de esperanza de vida en las mujeres respecto a los hombres se realiza fundamentalmente a expensas de años vividos en situación de discapacidad.

Con el aumento de la edad la EVLI disminuye y las diferencias de género también. La EVLI a los 65 años es para los varones de 11,7 y para las mujeres de 12,6; por lo que los varones tendrían una expectativa de vivir cinco años con alguna discapacidad, mientras que las mujeres vivirían 8,1 en la misma situación. Las mujeres viven más años, pero también viven más años con un peor estado de salud.

El hecho de que el promedio de años vividos con incapacidad sea también mayor en las mujeres hace que sean más vulnerables y aumente su riesgo a sufrir accidentes en esos años<sup>619</sup>.

<b>Tabla 13: Tasa de población con alguna discapacidad o limitación por edad y sexo Unidades: tasa por 1000 habitantes. Fuente: INE</b>		
<b>Año 2008</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
<b>De 65 a 79 años</b>	187,72	253,71
<b>De 65 a 69 años</b>	139,93	169,90
<b>De 70 a 74 años</b>	175,87	253,22
<b>De 75 a 79 años</b>	262,80	343,28
<b>De 80 y más años</b>	418,64	568,93
<b>De 80 a 84 años</b>	336,15	484,54
<b>De 85 a 89 años</b>	505,75	610,70
<b>De 90 y más años</b>	668,11	783,3

Tal y como se aprecia en la tabla 13, la tasa de discapacidad por sexo es mayor en mujeres en todas las franjas de edad de personas mayores de 65 años.

<sup>619</sup> DIAZ, R. *op. cit.* p. 41.



## **2. La cuestión de género y los derechos humanos de las mujeres mayores.**

### **2.1 La igualdad y los derechos humanos de las mujeres.**

La desigualdad que padecen las mujeres en el mundo en el disfrute de sus derechos está arraigada profundamente en la tradición, la historia y la cultura. En las sociedades tradicionales la desigualdad entre hombres y mujeres estaba considerada propia de la naturaleza humana; las diferencias biológicas entre los varones y las mujeres, aportaban un modelo explicativo que justificaba las diferencias sociales. El género es un constructo social, no natural que tiene imbricaciones en todo el tejido social. Se refiere al conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, en su sexo.

A través de la crianza y de la enseñanza se van adquiriendo los roles de género, y se determinan las conductas y actitudes de cada sexo en el seno de la sociedad. El rol de género es el conjunto de expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos que considera apropiados para cada persona según su sexo. Así por ejemplo, de la mujer se espera que sea madre y esposa, cuidadora del bienestar físico y emocional de la familia. Estas diferencias se perpetúan en la vejez, conforme al nivel de protección institucional que se les reconoce. Lo mismo que sucede con el ageísmo, surgen los estereotipos de género como conjunto de creencias socialmente vigentes sobre las características de los hombres y las mujeres. Estos estereotipos, conducen a una caracterización negativa de hacia un grupo de personas en razón de su sexo (prejuicios de género).

Históricamente, la falta de reconocimiento de las relaciones de género como característica fundamental de la jerarquía social ha actuado como una eficiente barrera para abordar adecuadamente los problemas de equidad que enfrentan los hombres y las mujeres, principalmente en la vejez.

Los Estados son responsables de asegurar el disfrute de los derechos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. La discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad.<sup>620</sup>

La transformación de los derechos humanos desde la perspectiva feminista ha supuesto en palabras de Folguera,<sup>621</sup> la redefinición del conjunto de derechos humanos en el siglo XXI. En efecto, hasta hace bien poco en el tiempo a las mujeres se les ha privado de una serie de derechos consagrados como universales y fundamentales. Este hecho ha sido definido por Eliane Vogel-Polsky como una “ciudadanía tardía e inacabada”, concepto que gira en torno a tres limitaciones:

- Limitación de la ciudadanía civil, haciendo depender a la mujer del padre o del marido.
- Limitación de la ciudadanía política, en cuanto a la restricción del acceso al sufragio.
- Limitación de la ciudadanía económica y social, con cuestiones aun vigentes como discriminación salarial, segregación sexual del trabajo, etc.

La redefinición de los derechos humanos implica adoptar un concepto dinámico y plural y el compromiso de materializar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. En el capítulo 3, se hizo una descripción de la evolución histórica de las declaraciones de derechos humanos en relación con las personas mayores.

En el terreno específico de los derechos humanos de las mujeres destaca la siguiente normativa:

---

<sup>620</sup> Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Naciones Unidas, 1992.

<sup>621</sup> FOLGUERA, P. *La Equidad de género en el marco internacional y europeo*. En MAQUIEIRA, V: (ed.) «Mujeres, Globalización y Derechos Humanos». Madrid, Ediciones Cátedra, 2006.p. 89.

- *La Convención de los Derechos Políticos de la mujer*, en 1952
- *La Convención sobre la nacionalidad de la Mujer Casada*, en 1957
- *La Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio*, en 1962
- En 1967, *la Asamblea General de la ONU, adoptó la Declaración sobre la eliminación de toda discriminación contra las mujeres.*<sup>622</sup> Sobre esta base se redactó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979<sup>623</sup>.
- *Adopción del Año Internacional de la Mujer* en 1972
- *La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* en 1993.
- Igualmente las sucesivas conferencias internacionales: México, Copenhague, Nairobi y Beijing, transcurridas desde 1975 a 1995, han supuesto un avance considerable en la redefinición de los derechos humanos desde la perspectiva de género y en la definición de estrategias para la consecución de los mismos.

Eso en cuanto al derecho de las mujeres en general. Específicamente referidos a las mujeres mayores, la primera referencia, la podemos encontrar en el Plan de Acción Internacional de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de Viena celebrado en 1982, donde se reconoce que “las mujeres constituyen la mayoría de la población de más edad y esa mayoría aumentará continuamente”<sup>624</sup>. Sin embargo, esta apreciación no se reflejó en la Declaración y Programa de Acción aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos humanos de Viena en 1993. Como observa Ramos,<sup>625</sup> sorprende ver esta invisibilidad de los derechos humanos de las mujeres mayores.

---

<sup>622</sup> Adoptada por Resolución 2263 de la Asamblea General de la ONU el 7 de noviembre de 1967. En su artículo primero señala que “La discriminación contra la mujer, por cuanto niega o limita su igualdad de derechos con el hombre, es fundamentalmente injusta y constituye una ofensa a la dignidad humana.

<sup>623</sup> Esta Convención contiene en su artículo 1 una definición de discriminación contra la mujer como “*toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera*”.

<sup>624</sup> RAMOS, M. *Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades*. En MAQUIEIRA, V: (ed.) «Mujeres, Globalización y Derechos Humanos». Madrid, Ediciones Cátedra, 2006. p. 195.

<sup>625</sup> RAMOS, M. *op. cit.* p. 196.

En 1985 en Nairobi, en la *Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*, se estudió específicamente la situación de las mujeres de edad, como área de especial preocupación en el párrafo 286,<sup>626</sup> donde se pone de manifiesto que la mayor esperanza de vida de las mujeres, en lugar de ser una ventaja frente a los hombres que tienen una tasa de mortalidad mayor a esas edades, es una desventaja al presentar una vejez agravada por la necesidad económica y la viudedad.

En la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en Beijing (2005), se hace hincapié que: *«En demasiados países los sistemas de bienestar social no toman suficientemente en consideración las condiciones específicas de las mujeres que viven en la pobreza y se observa una tendencia a la reducción de los servicios prestados por dichos sistemas. El riesgo de caer en la pobreza es mayor para las mujeres que para los hombres, especialmente en la vejez, donde los sistemas de seguridad social se basan en el principio de empleo remunerado continuo. En algunos casos, las mujeres no satisfacen ese requisito debido a las interrupciones en su trabajo provocadas por la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado. Además, las mujeres de más edad deben hacer frente a mayores obstáculos para volver a incorporarse en el mercado de trabajo».*

*«Con el aumento de la esperanza de vida y el número cada vez mayor de ancianas, la salud de las mujeres de edad avanzada exige una atención particular. Las perspectivas a largo plazo de la salud de la mujer sufren transformaciones en la menopausia que, sumadas a afecciones crónicas y a otros factores, como la mala nutrición y la falta de actividad física, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. También merecen una atención particular otras enfermedades asociadas al envejecimiento y las relaciones entre el envejecimiento y la discapacidad de la mujer».*

Uno de los avances que se observan en los últimos tiempos es la incorporación de la perspectiva de género a numerosas declaraciones. Así en el Foro Mundial Viena +5 celebrado en Ottawa en 1998 y la II Asamblea Mundial del Envejecimiento de

---

<sup>626</sup> Acceso al informe completo en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Nairobi/Nairobi%20Chapter%201.pdf>

Madrid en 2002 contienen esa perspectiva, como eje transversal de los derechos humanos, lo que supone un acercamiento a los derechos de las mujeres de edad.<sup>627</sup>

En la misma línea se sitúa el proyecto de Constitución Europea que contiene por primera vez, la no discriminación por razón de edad y los derechos de las personas mayores. Todas estas normativas internacionales han contribuido a visibilizar la contribución a la sociedad de este grupo poblacional.

## **2.2 Crítica al feminismo en su enfoque de la mujer mayor.**

Sorprende en general la escasez de trabajos sobre la discriminación de la mujer mayor y del modo en que afecta a su salud e incluso reflejado la insuficiente construcción de un modelo explicativo. Y sorprende también, que los estudios sobre el feminismo, y más concretamente los estudios de género, tampoco hayan demostrado interés en el asunto.

Según afirma Serra,<sup>628</sup> el pensamiento feminista, crítico de la estructura social en la que se desenvuelve, asume la irrelevancia y la invisibilidad que en ella posee la mujer (con discapacidad), dirigiendo sus esfuerzos al reconocimiento de una serie de derechos y utilizando una metodología (una estrategia) pensada y adaptada a éstos. Nosotros hacemos extensiva esa afirmación no solo a la mujer discapacitada sino a la mujer mayor.

Serra<sup>629</sup> señala que el hecho de que la mujer con discapacidad sea invisible para el movimiento del feminismo, se debe a diferentes factores sociales y culturales que, históricamente, han situado a la mujer con discapacidad en un lugar de vulnerabilidad. La figura de mujer prescindible, dependiente y vulnerable alimenta los estereotipos de supeditación contrarios al ideario feminista. La vulnerabilidad genera un reduccionismo respecto a su cualidad de sujeto de derecho que desencadena la consecuente invisibilidad. A la mujer mayor le sucedería un proceso similar, alimentado por la situación de doble discriminación (género y edad) que forma parte de lo conocemos

---

<sup>627</sup> RAMOS, M. Op. Cit. Pág. 196

<sup>628</sup> SERRA, ML. Feminismo y discapacidad. Derechos y Libertades. Nº 31, Epoca II, junio 2014. p.252.

<sup>629</sup> SERRA, ML Ibidem p. 259.

como “discriminación múltiple”. A mayor abundamiento, en el caso de mujeres con discapacidad, les conduce a la pertenencia de dos grupos: por una parte, pertenecen al grupo de mujeres y por otra, al grupo de discapacitados. Barranco, citado por Serra, apunta que “el carácter vulnerable de los seres humanos no depende, de las condiciones personales de éstos, sino que la articulación de la sociedad es la que puede convertir en vulnerables a las personas.” A su vez Sheldon explica que las mujeres con discapacidad son vistas por la sociedad como mujeres necesitadas, dependientes y pasivas, alimentando el arquetipo femenino. De este modo, las mujeres en situación de marginalidad, dejarían de ser visibles para el pensamiento o movimiento feminista.

Todavía hoy sorprende la escasa investigación que analiza el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva de género (Arber y Ginn, 1991).<sup>630</sup> Los estudios feministas han prestado poca atención a las mujeres mayores a pesar del trabajo de Barbara Macdonald en la década de 1980 y su declaración de que se reconozca la vejez y también, a pesar del aumento en cifras absolutas y relativas del número de mujeres mayores de 65 años.

Las feministas consideran la edad, pero no a los ancianos ni las relaciones de edad. Se centran en adultos jóvenes o mujeres de mediana edad y en las niñas. S. Sontag en 1972, describe el "*Doble estándar del envejecimiento*", por el cual las mujeres sufren el desprecio y la exclusión cuando envejecen y pasan por un proceso humillante de inhabilitación sexual gradual. Pero incluso estos estudios feministas se centran en la mediana edad, bien delimitada por una serie de marcadores físicos como menopausia, arrugas, etc., y de cómo el cuidado de los mayores comienza a ocupar el tiempo de las mujeres.

Los estudios feministas en general, no se han preocupado por la "Cuarta Edad ", un tiempo cualitativamente diferente de la "tercera edad", marcado por enfermedad, discapacidad o dependencia. En la década de 1970, las feministas argumentaron que los estudios sobre la Mujer a menudo eran ignorados o tratados con hostilidad. Para superar la apatía de otros estudiosos, hicieron hincapié en el género y la relacionalidad. Demostraron que la inclusión de las mujeres ampliaba la comprensión y mejoraba la

---

<sup>630</sup> RAMOS, C. *Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades. op. cit.* p. 198.

calidad de vida de ambos sexos. Del mismo modo, los estudiosos y activistas cuyo trabajo se centra en el envejecimiento y la discriminación por edad han sido ignorados por las doctrinas “oficiosas”, incluyendo los Estudios de la Mujer<sup>631</sup>.

Calasanti et al. afirman que así como el género, la raza, la clase, y la orientación sexual sirven como principios de organización del poder, también lo hace la edad. Como líneas futuras de investigación deben profundizarse las relaciones entre la edad, el género y la salud.

### **2.3. Una forma extrema de discriminación: la violencia contra las mujeres mayores.**

Las manifestaciones de la violencia contra la mujer están influidas por las normas sociales y culturales, así como por la dinámica de cada sistema social, económico y político. Intervienen factores tales como la raza, el origen étnico, la casta, la clase, la condición de migrante o refugiada, la edad, la religión, la orientación sexual, el estado matrimonial, la discapacidad, entre otros, que influyen en las formas de violencia a que están sometidas y en cómo la experimentan.

La violencia contra las mujeres constituye una de las formas más recurrentes, enraizadas y naturalizadas de la discriminación de género. La 49ª Asamblea Mundial de la Salud (1996) adoptó una resolución declarando la violencia en general prioridad de salud pública en todo el mundo. La OMS identifica la violencia contra las mujeres como un factor esencial en el deterioro de su salud, ya que las agresiones suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres.

El prototipo de víctima de violencia de género en el imaginario social, suele corresponder con la de una mujer joven, o de mediana edad, a menudo con hijos pequeños a su cargo. Como todos los estereotipos simplifican una realidad bastante más compleja. Sin embargo, la realidad de la violencia de género es que no tiene fronteras en

---

<sup>631</sup> CALASANTI, T. SLEVIN, KF. KING, N. *Ageism and Feminism: From “Et Cetera” to Center*. NWSA Journal, Vol. 18 No. 1 (Spring), 2006.

las relaciones de pareja, se produce en todas las edades y en todos los estratos sociales y culturales. Afecta en definitiva, también a las mujeres mayores.

El Informe del Secretario General de las UN de 2006<sup>632</sup>, titulado «*Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*» se advierte que: «*Las mujeres de edad, que son una gran proporción de la creciente población de edad del mundo, se ven sometidas a formas y manifestaciones particulares de violencia. Cuando se habla de abuso contra los ancianos por lo común se hace referencia a las mujeres de más de 60 o 65 años, pero algunos estudios incluyen a las mayores de 50. La violencia contra las mujeres de edad puede asumir la forma de abusos físicos, sexuales o psicológicos, así como el abandono o la explotación financiera, que pueden ser cometidos por miembros de la familia u otras personas encargadas del cuidado*».

Anteriormente se han descrito algunas de las Declaraciones y Convenciones dirigidas específicamente a la mujer, algunas de las cuales están enfocadas a la eliminación de cualquier forma de Violencia contra las mujeres. En el plan de Acción de Madrid una referencia explícita al abandono, el maltrato, y la violencia contra las personas mayores con una especial mención a las mujeres mayores como colectivo especialmente vulnerable. En los siguientes apartados se incidirá en la perspectiva multifactorial de la discriminación múltiple.

La *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, referente en este tema, no distingue entre mujeres mayores y jóvenes. El enfoque no deja de ser complejo y un reto al que se enfrentan los profesionales para distinguir entre dos realidades distintas construidas como problema social: la violencia de género y la violencia familiar contra las personas mayores<sup>633</sup>. Tanto la violencia de género como el maltrato familiar hacia los mayores suponen una violación flagrante de los valores representados por los derechos humanos. La interacción del ageísmo con el sexismo es un fenómeno poco estudiado y comprendido en general. Los profesionales, sobre todo del ámbito socio-sanitario, ante la situación de violencia contra las mujeres mayores, de forma tradicional la consideran relacionada

---

<sup>632</sup> Naciones Unidas A/61/122/Add.1. (2006).

<sup>633</sup> GRACIA IBÁÑEZ, J. La violencia de género contra las mujeres mayores. Un acercamiento socio-jurídico. Derechos y libertades. Nº 27, Época II, junio 2012.p.301.



con la sobrecarga y el estrés del cuidador varón de su esposa o compañera mayor, más o menos fragilizada por la edad y no como violencia de género<sup>634</sup>. En opinión de Gracia, la explicación deviene «*hacia las cuestiones relacionadas con el cuidado, tendiendo hacia una explicación basada en el paradigma del cuidado inadecuado más que en un paradigma relacionado con la violencia doméstica incluso cuando la víctima era una mujer mayor con un determinado grado de dependencia y el agresor era su pareja*».<sup>635</sup>

El maltrato a mujeres mayores es un problema creciente y a menudo oculto. En EE.UU., con el aumento de la conciencia sobre el maltrato en la vejez, el número de casos de maltrato de ancianos reportados también ha aumentado. Se estima que sólo uno de cada cinco casos de maltrato a personas mayores se informa, durante el período de diez años entre 1986 y 1996, los casos denunciados de maltrato a personas mayores doméstica aumentaron en un 150 por ciento. Las víctimas eran principalmente mujeres (95,2% de los casos) en el estudio de Teaster, et al 2000. En el estudio NCEA del National Elder Abuse Incidence de 1998, las mujeres representaban el 76,3% de maltrato psicológico; el 71,4% casos de maltrato físico. Aproximadamente la mitad (47,9%) de los incidentes comprobados de personas mayores, las víctimas no eran capaz de cuidar de sí mismas. Alrededor del 60% de las víctimas experimentaron un cierto grado de confusión y en torno al 44% de las víctimas padecían depresión<sup>636</sup>.

Blandl<sup>637</sup> indica que la razón más común de abuso en la vejez es la dinámica de poder y que en estos casos, el abusador se siente con derecho a utilizar diversas formas de abuso que ganar y mantener el poder y control sobre la víctima. Estos abusadores usarán un patrón de tácticas coercitivas y cualquier método necesario, incluyendo el aislamiento, intimidación y amenazas, la retención de alimentos, medicamentos, y el abuso físico y sexual para conseguir su objetivo. La creencia popular es que el maltrato en la vejez es el resultado de una persona mayor dependiente frágil maltratada por un cuidador estresado. El modelo de explicación basado en el estrés del cuidador y en la dependencia de la persona mayor víctima no está apoyado por la investigación (Phillips, 2000; Reis, 1998 y 1997; Godkin, 1989; Pillemer 1989 y 1988. Algunos estudios han

---

<sup>634</sup> GRACIA IBÁÑEZ. *Ibidem*, p. 313.

<sup>635</sup> GRACIA IBÁÑEZ. *Ibidem*, p.314.

<sup>636</sup> BRANDL, B (Coord) Domestic abuse in later life. National Center on Elder Abuse, Washington, DC: 2002.

<sup>637</sup> BRANDL, B. Assessing for Abuse in Later Life. Madison, WI., National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2004.

reportado que la dinámica del abuso en la vejez sería similar a los experimentados por las mujeres maltratadas más jóvenes (Harris, 1996; Pillemer, 1988). Otra teoría afirma que el abuso intergeneracional se considera como una posible causa de la violencia familiar al final de la vida. Otras investigaciones indican que una parte significativa de los abusadores de ancianos sufren deterioros cognitivos derivados de abuso de sustancias, enfermedad mental u otras causas.<sup>638</sup>

La visión acrítica y automática del modelo de explicación basado en el estrés del cuidador y en la dependencia de la persona mayor víctima puede resultar a la larga peligrosa para la mujer mayor maltratada por su pareja. Se pueden cometer errores de bulto en aquellos casos en los que la víctima presenta una buena salud física y mental que según Brandl tendrían graves consecuencias:

- La aplicación de intervenciones comunitarias para reducir el nivel de estrés en el cuidador, puede favorecer que el responsable del maltrato salga reforzado en sus relaciones de poder.
- El maltrato no es visto como un delito, por lo que a los maltratadores no se les consideran responsables de su comportamiento.
- Las técnicas de reducción del estrés, pueden recomendar a la víctima esforzarse más, por lo que se culpabiliza a la víctima y no al causante.
- Las estrategias de intervención en los casos de violencia de género (grupos de apoyo, órdenes de alejamiento) no se contemplan como posibilidades y por tanto, no se aplican.

Téngase en cuenta que son dos las grandes pautas que definen el nuevo modelo de intervención de la Ley Orgánica 1/2004: la creación de una nueva tutela penal reforzada aplicable solo a la mujer (que excluye al varón) y la severidad en la respuesta penal frente a la violencia de género<sup>639</sup>.

---

<sup>638</sup> BRANDL, B (Coord) *Domestic abuse in later life. op. cit.*

<sup>639</sup> GRACIA IBÁÑEZ. *Ibidem.* p. 307.

### **3. La feminización de la pobreza.**

#### **3.1. La pobreza y la edad en el acceso a los recursos sanitarios.**

Las mujeres al envejecer tienden a situarse en una posición más desventajosa que los hombres debido a:

- La mayoría cobran pensiones de viudedad.
- Tienen más probabilidad de vivir solas, lo que aumenta el riesgo de aislamiento, soledad y exclusión social. Las mujeres viudas, en cambio, suponían un 44,5% del total de mujeres mayores, mientras que las mujeres casadas representaban el 46,9%.
- Tienen una mayor longevidad que los hombres, con un elevado nivel de comorbilidad, más posibilidades de padecer discapacidad, con serias limitaciones de su calidad de vida y con mayores tasas de institucionalización.
- Escasa formación educativa lo que condiciona su acceso a los bienes culturales, de ocio y participación.<sup>640</sup>

La combinación de la edad y el sexo femenino produce una posición económica más baja en la mayoría de los países de la Unión Europea. Para los varones españoles de 65 o más años su renta mediana equivale al 76% de la renta de los menores de esa edad, mientras que la de las mujeres equivale al 71%; tener 75 o más años resta siete puntos a los varones y cuatro a las mujeres.

Un claro ejemplo que ha marcado a las generaciones de mujeres de edad actuales es el indicador del nivel educativo. El nivel educativo de casi el 83% de las personas mayores no traspasa los estudios primarios, las mujeres tienen una mayor tasa de analfabetismo y su representación es muy escasa dentro de las personas con educación superior. Afortunadamente, este dato está cambiando, siendo mayoritaria la presencia femenina en las aulas universitarias en la actualidad.

---

<sup>640</sup> RAMOS, M. *Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades*. En MAQUIEIRA, V: (ed.) «Mujeres, Globalización y Derechos Humanos». Madrid, Ediciones Cátedra, 2006. p.192.

## 4. La discriminación múltiple.

### 4.1. Concepto de discriminación múltiple.

La discriminación múltiple describe una situación en la que una persona sufre discriminación por más de un motivo, por ejemplo por razón de sexo y religión, edad y origen étnico, etc. La discriminación múltiple se produce cuando una persona es discriminada en base a varios motivos que operan por separado, por ejemplo, al ser tratada de manera menos favorable por razón de origen en una situación y por motivos de género en otro. Ese plus de dificultad o disfavor, exige un plus de tutela.<sup>641</sup> La Unión Europea<sup>642</sup> en materia de discriminación múltiple en materia de sanidad distingue entre:

- *Aditiva*, cuando se distinguen los efectos específicos; por ejemplo, cuando una mujer de edad avanzada sufre discriminación en el lugar de trabajo por razón de sexo y en el acceso a la asistencia sanitaria por razón de edad.
- *Interseccional*, cuando la discriminación se basa en la combinación de dos o más características. Se produce cuando alguien es discriminado por varios motivos, al mismo tiempo y de una manera tal que éstos son inseparables. Por ejemplo, una mujer de etnia gitana podría ser discriminada al dar a luz en un hospital no solo por ser mujer, puesto que no todas las mujeres sufren esa discriminación, y no sólo por ser de etnia romaní, puesto que no toda la población romaní se enfrenta a ese problema, sino por la combinación de esas dos características. El análisis de la discriminación interseccional es especialmente importante en los casos que, por ejemplo, ni las mujeres en general, ni las personas de edad avanzada son objeto de discriminación, pero sí lo son las mujeres de edad avanzada.<sup>643</sup>

---

<sup>641</sup> BENGOCHEA GIL, MA. *La ley de Igualdad 3/2007 de 22 de marzo: el reto de erradicar discriminaciones*. En BENGOCHEA GIL, MA. «La lucha por la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Reflexiones y aportaciones de la Ley de Igualdad 3/2007 de 22 de marzo». Madrid, Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas", Universidad Carlos III de Madrid, Dykinson, 2010.

<sup>642</sup> <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare/q-and-a>.

<sup>643</sup> En el caso de las mujeres de edad, se han descrito retrasos en la atención del Infarto Agudo de Miocardio.

Para el EUROPEAN NETWORK OF LEGAL EXPERTS IN THE FIELD OF GENDER EQUALITY,<sup>644</sup> un grupo de trabajo de la Comisión Europea, la conceptualización de la discriminación múltiple es un campo minado. En el caso de la UE, esta jerarquía se ha propuesto para trabajar en detrimento de la igualdad de género, y en general se le acusa de haber inducido un conflicto de intereses divergentes. Así, de los defensores de los derechos de las mujeres, enfrentados a los defensores de los derechos de inmigrantes, o de otros derechos. Cada una de ellas indica una postura particular. Dentro de este campo de minas, la búsqueda de una terminología neutral debe empezar con documentos que hayan sido ampliamente consensuados, a nivel mundial, y ponen de ejemplo la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing y la plataforma de Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, emitida por las Naciones Unidas.

La figura de la discriminación múltiple ha sido estudiada en nuestro país por el profesor Rey Martínez, al que vamos a seguir en este punto. Según este autor, el concepto de discriminación múltiple dista de ser claro, evocando un conjunto de situaciones en las que varios factores se combinan concurrentemente para producir una forma específica de discriminación.<sup>645</sup> Es necesaria una categorización precisa para que resulte operativo incorporarlo a la legislación y como criterio de interpretación jurídica.

Así, para definirlo, en un primer momento habría que descartar las situaciones en las que una persona es discriminada sucesivamente y no simultáneamente, por diversos rasgos. (p.e. género y discapacidad). Igualmente, hay que acotar la lista de posibles rasgos discriminatorios, que darían lugar a una lista excesivamente larga, al intervenir más de dos rasgos. Como señala Rey, si todo es discriminación múltiple se corre el riesgo de perder intensidad.

Uno de los aspectos que dificulta su concreción estriba en la escasa investigación sobre el tema, y por tanto, hay poco acuerdo en la literatura jurídica sobre

---

<sup>644</sup> THE EUROPEAN NETWORK OF LEGAL EXPERTS IN THE FIELD OF GENDER EQUALITY. Multiple Discrimination in EU Law. Opportunities for legal responses to intersectional gender discrimination? European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Julio 2009. (Documento web) Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplediscriminationfinal7september2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplediscriminationfinal7september2009_en.pdf)

<sup>645</sup> REY MARTINEZ, F. GIMENEZ GLÜCK, D. (Coord.) *Por la diversidad, Contra la discriminación. La igualdad de trato en España: Hechos, Garantías, Perspectivas*. Madrid, Fundación IDEAS, 2010. p. 36.

su sentido y alcance. Para este autor, la discriminación múltiple sólo debería utilizarse para identificar los casos en los que exista “una minoría (invisible y peor tratada) dentro de la minoría. Se da la circunstancia que dicho concepto ha sido acuñado de la literatura feminista afro-americana de los EE.UU. en relación con las mujeres de las minorías étnicas. Como ejemplos podrían citarse el colectivo de homosexuales ancianos, los discapacitados mayores, mujeres inmigrantes, etc. La impetuosa emergencia y avance del derecho antidiscriminatorio europeo ha marcado tendencia en los ordenamientos estatales y ha producido transformaciones significativas<sup>646</sup>.

Para calificar el fenómeno de la discriminación producida por más de un factor sospechoso (raza, género, etc.) están disponibles no pocos adjetivos: multidiscriminación, discriminaciones múltiples, dobles, acumulativas, aditivas, multidimensionales, interactivas, compuestas, combinadas, interseccionales (fórmula normalmente empleada en el Derecho anglosajón traducida literalmente), etc. La profusión de términos se explica a partir de la oscuridad y ambigüedad que envuelven al concepto, así como a su carácter preferentemente académico. Naturalmente, la clarificación terminológica es un efecto necesario de la clarificación conceptual.

El concepto de discriminación múltiple ha sido reconocido expresamente en la *Conferencia de Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y la Intolerancia de Durban* en 2001<sup>647</sup>. A partir de ahí, el concepto ha irrumpido con fuerza en instituciones comunitarias europeas. Como muestra, la *Directiva del Consejo 2000/43/CE, de 29 de junio de 2000*, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su origen racial o étnico<sup>648</sup>. En un contexto histórico, el concepto y la definición de discriminación

---

<sup>646</sup> REY MARTINEZ, F. *La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo*. Revista española de derecho constitucional. 2008: 28 (84), pp. 251-283

<sup>647</sup> En el Preámbulo de la Conferencia, se alude a que los Estados tienen el deber de proteger y promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las víctimas, y que deberían aplicar una perspectiva de género que reconozca las **múltiples formas de discriminación** que pueden afectar a las mujeres, y que el disfrute de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales es indispensable para el desarrollo de las sociedades en todo el mundo.

Por su parte el art. 2 establece: Reconocemos que el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia se producen por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico y que las víctimas pueden **sufrir formas múltiples** o agravadas de discriminación por otros motivos conexos, como el sexo, el idioma, la religión, las opiniones políticas o de otra índole, el origen social, la situación económica, el nacimiento u otra condición;

<sup>648</sup> En el párrafo 14 dice: En la aplicación del principio de igualdad de trato con independencia del origen racial o étnico, la Comunidad, en virtud del apartado 2 del artículo 3 del Tratado CE, debe proponerse la

múltiple provienen de los años 80-90. El término se le atribuye a Kimberlé Crenshaw, autora negra norteamericana,<sup>649</sup> sobre la base de la doble discriminación étnica y de género.

El concepto de multidiscriminación puede abarcar tres situaciones distintas: por intersección, por composición o superposición y por adición (suma de causas).<sup>650</sup> El informe de la Comisión Europea sobre la lucha contra la discriminación múltiple: Prácticas, políticas y leyes de 2007, diferencia entre discriminaciones múltiples, compuestas e interseccionales<sup>651</sup>. En este informe se distingue:

a. Una discriminación *múltiple* se produce cuando una persona es discriminada por diferentes razones (raza, género, etc.) en diversos momentos. La víctima es discriminada por factores que no actúan de forma simultánea sino por separado: género+étnia+edad.

b. Una discriminación *compuesta*, se refiere a una situación en la cual uno o varios factores de discriminación se añaden a otros en un caso concreto produciendo uno o varios factores de discriminación que se añaden a otro en un caso concreto produciendo una barrera añadida a la existente. También se le denomina discriminación adicional o aditiva.

c. Una discriminación *interseccional* es la que evoca una situación en la que diversos factores actúan simultáneamente, produciendo una forma específica de discriminación. El ejemplo lo constituye la esterilización forzosa que se somete en algunos países a mujeres discapacitadas.

Dicha clasificación ha sido criticada por Rey<sup>652</sup> que propone:

---

eliminación de las desigualdades y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, máxime considerando que, a menudo, las mujeres son víctimas de discriminaciones múltiples.

<sup>649</sup> La lucha contra la discriminación múltiple: Prácticas, políticas y leyes. Comisión Europea. 2007.

<sup>650</sup> RIVAS VALLEJO, P. *Trabajadoras con enfermedades crónicas y discriminación múltiple*. Revista de Derecho Social - Núm. 54, Abril 2011. p. 94.

<sup>651</sup> REY MARTINEZ, F. *La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo*. Revista española de derecho constitucional. 2008: 28 (84) , págs. 251-283

<sup>652</sup> REY MARTINEZ, F. *op. cit.* p. 266.

1. Utilizar la expresión “discriminación múltiple de modo distinto para describir el fenómeno de las discriminaciones en las que intervienen a la vez dos o más factores de discriminación.

2. Los adjetivos “múltiple” e “interseccional” son intercambiables entre sí, así como con otros: “combinada”, “compuesta”, etc. Como situación jurídicamente significativa, sólo existe, en puridad, una forma de discriminación en la que se combinan diversos factores.

3. En los países anglosajones se emplea habitualmente la palabra “interseccional”, pero en el Derecho europeo no continental se suele preferir más la de “múltiple”. Es preferible dicha acepción ya que es más expresiva en español, figura en el Diccionario y es la de uso corriente en las instituciones europeas.

Aunque el concepto como queda dicho, nace vinculado a dos factores, género y raza, el concepto de discriminación múltiple no es ideológicamente neutro, corriéndose el riesgo de nuevas categorías exclusivistas de “víctimas presuntas”. No obstante, como concepto emergente precisa de una mayor concreción y pone de manifiesto una falta general de investigación y de datos pertinentes en este campo. El informe por otra parte, pone de relieve las dificultades para aplicar el concepto de discriminación múltiple a las políticas y la legislación.

Por último, Rey expone en su artículo una perspectiva de interpretación jurídica, con la aplicación al caso resuelto por la Sentencia del Tribunal Constitucional 69/2.007, de 16 de abril, sobre denegación de pensión de viudedad a mujer casada conforme a la costumbre gitana<sup>653</sup>. Tras un análisis minucioso de la citada sentencia expone este autor su opinión de que se trata de un caso de discriminación múltiple:

---

<sup>653</sup> Según Rey, la desestimación del amparo conduce, en el caso, a que una mujer gitana de escasos recursos sociales, culturales y económicos no perciba una pensión de algo más de 900 euros mensuales por no ser viuda “legal” de un albañil que había cotizado a la Seguridad Social durante casi 20 años y con el que convivió con la convicción de que eran matrimonio a todos los efectos durante 29 años de su vida y del que ha tenido seis hijos. La reforma de la Ley de la Seguridad Social en diciembre de 2.007 extiende la pensión de viudedad a las parejas de hecho (art. 174.3) y contempla, en su Disposición Adicional Tercera, la posibilidad de retroacción, bajo ciertas condiciones, si se solicita dentro del año siguiente a la entrada en vigor de la Ley, de modo que, si la recurrente cumpliera todos los requisitos, quizás sí pudiera llegar a disfrutar pese a todo de una pensión de viudedad, pero la sensación de que la Sentencia no hizo justicia en el caso concreto (o toda la justicia que hubiera podido) permanece. Sobre todo, si se tiene en cuenta que el matrimonio ha gozado de apariencia jurídica porque disponía de Libro de Familia (desde



*“Se ha discriminado a una mujer gitana por una situación que solo puede tener por víctimas a mujeres gitanas. En el caso en examen, a la recurrente se le impidió social y culturalmente trabajar fuera de casa (por ser mujer y gitana), se le impuso culturalmente contraer matrimonio de acuerdo a los usos gitanos (por ser mujer gitana) y cuidar del marido hasta la muerte de este (por ser mujer y gitana), pero se le negó jurídicamente una pensión de viudedad (por una circunstancia que en ningún caso hubiera sido jurídicamente aplicable a una mujer paya o fácticamente aplicable a un varón gitano) Se ha discriminado a una mujer gitana por una situación que solo puede tener por víctimas a mujeres gitanas. En el caso en examen, a la recurrente se le impidió social y culturalmente trabajar fuera de casa (por ser mujer y gitana), se le impuso culturalmente contraer matrimonio de acuerdo a los usos gitanos (por ser mujer gitana) y cuidar del marido hasta la muerte de este (por ser mujer y gitana), pero se le negó jurídicamente una pensión de viudedad (por una circunstancia que en ningún caso hubiera sido jurídicamente aplicable a una mujer paya o fácticamente aplicable a un varón gitano)”.*

En definitiva, estamos ante un nuevo concepto necesitado de un mayor desarrollo doctrinal, que “normalice” su uso, comenzando por la concreción terminológica. Y también se precisa una mayor investigación de campo, para conocer el efecto que la agregación de las diferentes formas discriminatorias tiene en las personas.

#### **4.2. La discriminación múltiple en la mujer**

La discriminación contra la mujer suele estar estrechamente vinculada con la discriminación por otros motivos como la raza, el color, el idioma, la religión, el origen nacional o social, la posición económica o cualquier otra condición social. Las mujeres experimentan un riesgo mayor de exclusión social, por la concurrencia o simultaneidad

---

1.983), de título de familia numerosa (desde 1.986), y todos los familiares del marido estaban reconocidos como tales en su cartilla de la Seguridad Social. Y, a mayor abundamiento, la recurrente no pudo en 1.971 contraer matrimonio de carácter civil (nadie podía hacerlo en esas fechas, salvo previa declaración de apostasía de la fe católica).

de varias fuentes de discriminación. Siguiendo a Mota,<sup>654</sup> cabe señalar, que en las mujeres mayores concurren desiguales oportunidades de vida debido a su pertenencia simultánea a las categorías sociales definidas por las dimensiones de género y generación. La acumulación de los efectos de la discriminación por género, por edad, y por posición económica va a ser un factor condicionante de la exclusión social de este colectivo.

La longevidad también está produciendo cambios en la condición social. Si previamente había una unificación de los roles de género con la edad, ligados al proceso de separación de la vida activa, el cambio se produce con la ancianidad, mayoritariamente femenina y con una mayor vulnerabilidad a la dependencia y a la falta de recursos sociales y económicos. Así el riesgo de exclusión social que experimentan las mujeres mayores ha de ponerse en relación con el concepto de discriminación múltiple, concurrente, simultánea o combinada, entendiendo por discriminación la desigualdad en el acceso a las oportunidades de vida en todas las dimensiones que contribuyen al bienestar y la plena participación de las personas.<sup>655</sup> Las consecuencias combinadas de la asunción de roles de género con los elementos discriminatorios del ageísmo, se entrecruzan para precarizar las condiciones cotidianas de vida del segmento de mujeres mayores. La precariedad se manifiesta con más virulencia cuando las mujeres mayores pasan de ser cuidadoras y sustentadoras principales de la familia a ser las receptoras de la ayuda. En estas situaciones de dependencia y con una gran demanda de apoyo a menudo tienen que afrontar estas situaciones solas.

Aunque la estadística oficial ofrece una visión de este problema, sorprende la escasez de trabajos que aborden la situación de la discriminación múltiple. El concepto de discriminación múltiple puede decirse que es novedoso y está emergiendo a la superficie del llamado derecho antidiscriminatorio<sup>656</sup>. Lo mismo ocurre con la

---

<sup>654</sup> MOTA, R. *Los Rostros de la Feminización de la pobreza: Las mujeres Mayores*. En GARCIA-MINA, A. CARRASCO, MJ (Eds.) «Género y Desigualdad: “La feminización de la pobreza”». Madrid, Universidad Pontificia-Comillas, 2004. p. 193.

<sup>655</sup> MOTA, R. *op. cit.* p. 193.

<sup>656</sup> El Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM) escribió que “las mujeres suelen experimentar una discriminación agravada y coincidente, en la que su experiencia de la discriminación por motivos de género coincide con el racismo y la intolerancia relacionada.” En “Integrating Gender into the Third World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (South Africa 31 August – September 7, 2001)” [Integrar los asuntos de género en la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Sudáfrica 31 de agosto-7 de septiembre de 2001)], <http://www.unwomen.org>

ponderación de cada factor de desigualdad o factor sospechoso. Eso no es un impedimento para que los movimientos asociativos en pro de los derechos humanos de las mujeres lo denuncien<sup>657</sup>, y lo hagan visible a la opinión pública.<sup>658</sup>

A nivel europeo, también está siendo objeto de debate este tema. Así la RED EUROPEA DE EXPERTOS JURÍDICOS EN EL ÁMBITO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO antes citado,<sup>659</sup> ha elaborado un documento titulado: *Múltiple Discrimination in EU Law. Opportunities for legal responses to intersectional gender discrimination?* Este documento, además de establecer un primer intento de conceptualización de la discriminación múltiple, ofrece un “diagnostico” de la situación legal, sobre este tema en los países de la Unión Europea. A este respecto es interesante la aportación de la representante española, Berta Valdés, que establece dos referentes legales que darían cobertura a este tipo de discriminación:

- En primer lugar en base al artículo 14 CE que contiene una lista abierta de motivos de discriminación, a pesar de que no menciona específicamente la posibilidad de la discriminación múltiple.

- En segundo lugar, *la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres* contiene tres referencias relacionadas con la discriminación múltiple:

---

<sup>657</sup> Ver: La trampa del Género: Mujeres, violencia y pobreza. Amnistía Internacional. Madrid: 2009. “La discriminación múltiple está íntimamente vinculada con la violencia contra las mujeres: determina el tipo de violencia que sufren, y en algunos casos hace que estén mas expuestas a convertirse en blanco de ciertas clases de violencia porque sus maltratadores saben que es menos probable que denuncien los abusos o pidan ayuda.

<sup>658</sup> Así la Red Española contra la trata de personas, (Women’s Link Worldwide) se señala: “Puesto que la discriminación y otras violaciones de derechos humanos afectan a mujeres de diferentes comunidades de una forma particular, cada tema resalta casos que conciernen a mujeres de diversos orígenes étnicos y razas, así como a mujeres de diferentes grupos sociales, como inmigrantes, mujeres rurales o adolescentes, entre otras. Al hacerlo, procuramos llamar la atención sobre la discriminación múltiple y sobre las violaciones de derechos humanos que enfrentan muchas mujeres y así garantizar que los esfuerzos dirigidos al avance de los derechos de las mujeres sean siempre inclusivos”. En <http://www.redcontralatrata.org/spip.php?article152> Con acceso el 8 de marzo de 2012.

<sup>659</sup> THE EUROPEAN NETWORK OF LEGAL EXPERTS IN THE FIELD OF GENDER EQUALITY. Multiple Discrimination in EU Law. Opportunities for legal responses to intersectional gender discrimination? European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Julio 2009. (Documento web) Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplediscriminationfinal7september2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplediscriminationfinal7september2009_en.pdf)

- En el apartado II de la Exposición de motivos<sup>660</sup> presta especial atención a los casos de **doble discriminación** y *las dificultades especiales que enfrentan las mujeres cuando se encuentran en una situación de vulnerabilidad, como las mujeres pertenecientes a minorías, inmigrantes y las mujeres con discapacidad*”.
- El artículo 14.6 de la Ley 3/2007 establece criterios generales para la actuación de los Poderes Públicos.<sup>661</sup>
- El artículo 20 de la Ley 3/2007 establece un mandato para la incorporación de la perspectiva de género en la elaboración de estudios y estadísticas.<sup>662</sup>

Concluye Valdés, que la legislación española reconoce la existencia de posibles situaciones de la discriminación múltiple e incluye ciertas obligaciones para las autoridades. Para Bengoechea,<sup>663</sup> la alusión que se hace en la exposición de Motivos de la ley de igualdad a la discriminación múltiple, se queda en reconocer el problema no en resolverlo, tal como se percibe a lo largo del articulado y añade que se ha perdido una gran oportunidad a favor de la igualdad efectiva..

---

<sup>660</sup> «El pleno reconocimiento de la igualdad formal ante la ley, aun habiendo comportado, sin duda, un paso decisivo, ha resultado ser insuficiente. La violencia de género, la discriminación salarial, la discriminación en las pensiones de viudedad, el mayor desempleo femenino, la todavía escasa presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad política, social, cultural y económica, o los problemas de conciliación entre la vida personal, laboral y familiar muestran cómo la igualdad plena, efectiva, entre mujeres y hombres, aquella «perfecta igualdad que no admitiera poder ni privilegio para unos ni incapacidad para otros», en palabras escritas por John Stuart Mill hace casi 140 años, es todavía hoy una tarea pendiente que precisa de nuevos instrumentos jurídicos.

Resulta necesaria, en efecto, una acción normativa dirigida a combatir todas las manifestaciones aún subsistentes de discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo y a promover la igualdad real entre mujeres y hombres, con remoción de los obstáculos y estereotipos sociales que impiden alcanzarla. Esta exigencia se deriva de nuestro ordenamiento constitucional e integra un genuino derecho de las mujeres, pero es a la vez un elemento de enriquecimiento de la propia sociedad española, que contribuirá al desarrollo económico y al aumento del empleo.

Se contempla, asimismo, una especial consideración con los supuestos de doble discriminación y las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres que presentan especial vulnerabilidad, como son las que pertenecen a minorías, las mujeres migrantes y las mujeres con discapacidad.

<sup>661</sup> Una de estos criterios se establece en el apartado 6º: La consideración de las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad como son las que pertenecen a minorías, las mujeres migrantes, las niñas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores, las mujeres viudas y las mujeres víctimas de violencia de género, para las cuales los poderes públicos podrán adoptar, igualmente, medidas de acción positiva».

<sup>662</sup> En el art. 20 c) se establece: “Diseñar e introducir los indicadores y mecanismos necesarios que permitan el conocimiento de la incidencia de otras variables cuya concurrencia resulta generadora de situaciones de **discriminación múltiple** en los diferentes ámbitos de intervención”.

<sup>663</sup> BENGOCHEA GIL, MA. *op. cit.* p.29.

Aunque el reconocimiento de la doble discriminación es un avance frente a la idea de un motivo único de discriminación, en términos comparativos entendemos que se muestra insuficiente. El proceso discriminatorio se revela como un complejo sistema multifactorial. En efecto, en la discriminación influyen gran cantidad de variables, de manera que según éstas el comportamiento discriminatorio se manifestará en mayor o menor grado. Entre los factores que expresan la discriminación, es necesario destacar la existencia de las situaciones competitivas y de conflicto, y sobre todo de aquellas donde los grupos implicados poseen un status desigual.<sup>664</sup> En este contexto, la discriminación aparece como el conflicto entre las relaciones de poder asimétricas de los individuos. En el caso de una mujer mayor, pobre e inmigrante, se hace difícil determinar si la discriminación se debe por ser mujer, por ser pobre, por ser anciana o por no ser nacional del país. De ahí que las soluciones que se aporten deben contemplar ese abordaje interseccional, si no se quiere correr el riesgo de una acción incompleta.

En esta línea, desde el Instituto de la Mujer,<sup>665</sup> se hace referencia a que la discriminación múltiple está relacionada con la conexión entre el género y factores como la etnia, la edad, el estatus socioeconómico, la orientación sexual, la diversidad funcional, la localización geográfica, el nivel educativo o modelos de socialización en el país de origen.

En concreto, el Instituto de la Mujer lleva a cabo programas para la promoción de dicha participación en colaboración con entidades locales y con organizaciones sectoriales que trabajan en el ámbito de la migración, las minorías étnicas, las personas mayores y la diversidad funcional y que se articulan en:

- Programas territoriales (colaboración con Entidades Locales).
- Programas sectoriales (SARA). La discriminación múltiple puede llevar a situaciones de exclusión social que dificultan a estas mujeres el pleno ejercicio de sus derechos como ciudadanas. Para ayudar a combatir la discriminación múltiple, en situación de especial vulnerabilidad, el Instituto de la Mujer colabora con distintas

---

<sup>664</sup> MONTES, B. *Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio*. Revista electrónica Universidad de Jaén. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/viewFile/202/183>.

<sup>665</sup> Enlace Web: <http://www.inmujer.gob.es/>.

entidades de carácter sectorial en el marco del Programa SARA, que agrupa diversas actuaciones dirigidas a mujeres de tres colectivos concretos:

- Mujeres Migrantes. Uno de los cambios sociales más importantes acontecidos en España en las últimas décadas es la transformación y la feminización de los flujos migratorios. La inmigración femenina, según datos del Instituto de la Mujer, en España ha aumentado en un 417% en esos 10 años. Desde el censo de 2001, hasta el censo de 2007, este proceso se ha mantenido, ya que en esos 6 años se ha triplicado la población extranjera. El programa está dirigido a mujeres inmigrantes, víctimas de barreras sociales y culturales, que obstaculizan la integración sociolaboral de este colectivo.
- Mujeres pertenecientes a minorías étnicas. La comunidad gitana se ha enfrentado tradicionalmente a situaciones de discriminación y marginalidad que, en el caso de las gitanas, han tenido aún mayor incidencia por estar sujetas a discriminación en base a su condición de mujeres y en función de su pertenencia a esta etnia, configurando las principales barreras a las que deben hacer frente tanto para visibilizar su situación específica como para conseguir una plena participación social. Se han suscrito acuerdos con la Fundación Secretariado Gitano.
- Mujeres Mayores. Las personas desempleadas mayores de 45 años se enfrentan a una barrera, la edad, muy difícil de franquear a la hora de acceder a un empleo. Este Programa desarrollado en colaboración con la Federación Española de Universidades Populares (FEUP) y especialmente enfocado a las mujeres mayores de 45 años que demandan actuaciones dirigidas a su inserción sociolaboral para prevenir esta discriminación múltiple que puede desembocar en situaciones de exclusión social.

#### **4.3. Otros supuestos de discriminación múltiple en el anciano**

Uno de los mayores retos que el derecho antidiscriminatorio tiene en la actualidad es sacar a la luz todos los perfiles o rasgos sospechosos que producen desigualdad. Como hemos descrito en el apartado anterior el fenómeno de la múltiple

discriminación queda evidenciado en el caso de la mujer mayor. ¿Puede darse un fenómeno de similares características en el caso de ancianos varones?

La delimitación conceptual de la discriminación múltiple, ha estado ligada a la mujer en combinación con otros tipos de discriminación. Bijarro y Mendiola<sup>666</sup> describen un proceso de triple discriminación que afecta a los ancianos (sin distinción de género), a causa de su edad, de la pobreza y del estilo de vida sexual. Citando a Ferigla, indica que debido a su poco peso político y social, pero con una enorme dependencia del Estado, los adultos mayores se han convertido de alguna manera en los "rehenes" del Estado del Bienestar, de manera que es ahí en donde los "benefactores" cifran la supervivencia o la quiebra del mismo. En última instancia, la sociedad muestra una imparable tendencia a negar el carácter de personas autónomas a los viejos y los ven como improductivos. A aquellos que han superado la edad productiva, ven sus derechos mermados, y considerados inactivos sexualmente,<sup>667</sup> sin deseos propios. A esto hay que añadirle que muchos se sitúan en niveles de pobreza. Esta precariedad social, no es visible y consiste en tener siempre lo justo para sobrevivir cada día.

La familia sigue siendo la que carga con la mayor parte del esfuerzo de cuidar a sus miembros dependientes. Aquellos que no cuentan con esa ayuda o por que perdieron esa red de apoyos familiares se ven abocados a situaciones de desamparo total en muchas ocasiones.

Sostiene Habermas, que no solo la discriminación económica es única, ya que existen otras conocidas. Es sobre todo, y esta es la base de todas las discriminaciones, cultural y social. Ser viejo ya no está bien visto. Mucha gente explica esta discriminación diciendo que es "ley de vida", que lo joven y atractivo es siempre más valorado que lo viejo. En una sociedad en la que el modelo predominante es ser joven, de clase media y heterosexual, la discriminación se acentúa en el caso de los viejos del

---

<sup>666</sup> HABERMAS, J. (2000). La constelación posnacional. Madrid, Paidós. (citado por BIJARRO HERNANDEZ, F. Y MENDIOLA INFANTE, SV. La vejez: una discriminación múltiple. BIBLIOTECA VIRTUAL de Derecho, Economía y Ciencias Sociales. (Documento Web) Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2009a/489/UNA%20TRIPLE%20DISCRIMINACION%20ANCIANIDAD%20POBREZA%20Y%20ESTILO%20DE%20VIDA%20SEXUAL.htm>.

<sup>667</sup> Resulta indicativo como señalan Bijarro y Mendiola, que de todos los informes oficiales, financiados por instituciones públicas ninguno, absolutamente ninguno, haga referencia al tema de la orientación sexual en la vejez, siendo precisamente éste un periodo de la vida en el que la orientación sexual puede convertirse en un factor que influya enormemente en la calidad de vida.

grupo lésbico-gay, bisexual y transexual. Desde este enfoque, el tema de la vejez de los homosexuales es un tema relativamente nuevo que ha comenzado a aflorar ahora. La tónica general es que son muchos los países que aun no han desarrollado tipo de política relacionada con la tercera edad de gays, lesbianas y transexuales. Es ahora cuando está llegando a la vejez la primera generación que, en su momento promovió las luchas sociales a favor de los derechos de los colectivos gays.

Aún así hay rasgos característicos:

- Poca gente se acepta públicamente como gay o lesbiana en la vejez.
- Dentro de comunidad gay existe una subcultura especialmente ligada a la eterna juventud en la que el adulto mayor no tiene espacio.
- Es un sector que solo relaciona la actividad sexual con juventud. El sexo en la vejez no se imagina y, cuando se hace, provoca repulsión.
- La homosexualidad, en una sociedad heterosexista, continúa siendo algo meramente sexual por lo que es perfectamente imaginable un joven gay, pero esa misma persona, con los años, deja de ser gay para pasar a ser un viejo, alguien sin sexo.

En materia de salud, las personas ancianas dependen de los servicios públicos en mucha mayor medida que los jóvenes. El miedo a la discriminación, al estigma o al maltrato, puede reforzar el sentimiento de aislamiento y conducir a algunas personas a no requerir de determinados servicios que podrían necesitar, y cuya ausencia afectarán gravemente a su calidad de vida y pueden ponerles en riesgo de muerte. Cabe recordar que la homosexualidad en sí fue considerada una enfermedad mental hasta 1990. Piénsese también, en las personas transgénero a la hora de acudir a un hospital o un espacio de ancianos en la que tenga que recibir cuidados, debido a la dificultad de ocultar su condición y la falta de espacios adecuados y la falta de preparación del personal no lo facilita.

La jurisprudencia es escasa en este ámbito. Cabe tener en cuenta no obstante, la *Sentencia de la Sala Primera del TJUE, de 27 de abril de 2006* en el caso de *Sarah Margaret Richards vs. Secretary of State for Work and Pensions*, sobre la negativa a reconocer una pensión de jubilación a la edad de 60 años a un transexual que se ha



sometido a una operación quirúrgica de cambio de sexo masculino a sexo femenino, y que con arreglo a los requisitos que establece el Derecho nacional, habría tenido derecho a tal pensión a esa edad si fuera mujer. En esencia el tribunal declara que una legislación nacional, al no reconocer a los transexuales su nueva identidad sexual, impide que un transexual reúna uno de los requisitos necesarios para disfrutar de un derecho protegido por el Derecho comunitario debe considerarse, en principio, incompatible con las exigencias de este Derecho y por tanto discriminatoria.

Otros problemas de salud específicos tienen que ver con la estigmatización sufrida por los colectivos de homosexuales en relación con el SIDA y el cáncer de recto. La tasa de cáncer de recto entre los gays VIH negativos es de 35 casos por cada 100.000 habitantes según la OMS (2004), mientras que la misma tasa entre la población general es de 0.9 casos por cada 100.000 habitantes. Esto sugiere que las prácticas de riesgo no han sido suficientemente abordadas por políticas de prevención en este colectivo concreto. Lo mismo es aplicable en el caso de seropositivos.

#### **4.4. Discriminación múltiple de la mujer en el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.**

La aproximación a este enfoque es muy reciente y por esta razón cuenta con escasa bibliografía. Si la discriminación por razón de edad en materia sanitaria adolece de escasez de investigación, el enfoque de la discriminación compuesta en la asistencia sanitaria puede decirse que es anecdótico. Las mujeres se enfrentan a riesgos sanitarios diferentes, mientras que las estadísticas e indicadores de seguridad y la investigación médica se centran preferentemente en los hombres y en los sectores predominantemente masculinos<sup>668</sup>, lo que no facilita su visibilización.

En el informe de la FRA<sup>669</sup> titulado ‘Desigualdades y discriminación múltiple en el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria’ (*Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*) promovido por la Agencia Europea de Derechos

---

<sup>668</sup> RIVAS VALLEJO. P. Trabajadoras con enfermedades crónicas y discriminación múltiple. Revista de Derecho Social - Núm. 54, Abril 2011.

<sup>669</sup> Agencia Europea de Derechos Fundamentales (FRA) fue establecida en 2007 como una agencia de la UE con la tarea específica de proporcionar asesoramiento independiente, basada en la evidencia sobre los derechos fundamentales.

Fundamentales (European Union Agency for Fundamental Rights o en sus siglas FRA) se examinan las experiencias de desigualdad de trato por más de un motivo en la asistencia sanitaria, y se presentan datos contrastados de discriminación o trato desigual. Este informe complementa a otro publicado por la FRA en 2011, *EU-MIDIS Data in Focus Report 5: Multiple discrimination*, en el que se entrevistaron cerca de 23.000 personas. Este informe se centró en experiencias de discriminación múltiple vividas por los encuestados de origen étnico o inmigrante, en comparación con la población general.

El acceso a la atención de salud de calidad es un derecho fundamental. Reconocer y estudiar la discriminación múltiple aporta una novedosa perspectiva en el campo de los derechos humanos. Significa tomar en cuenta los múltiples factores de fondo y la complejidad de la discriminación, para abordar de una manera más exacta y precisa de los efectos de la discriminación, y llenar una laguna del conocimiento.

La legislación de la UE prohíbe la discriminación por seis motivos tasados, a saber, el sexo, edad, discapacidad, religión o convicciones, la raza o el origen étnico y la orientación sexual.<sup>670</sup> Pero la ley de la UE ofrece una mejor protección contra la discriminación racial o étnica y contra la discriminación sexual que contra la discriminación por otros motivos. Y pone el ejemplo de la discriminación en el acceso de la salud, donde el derecho de la UE protege explícitamente solo contra la discriminación únicamente por motivos de sexo y origen racial o étnico. Esto crea una "jerarquía de motivos artificial", por lo que la ley de la UE protege contra la discriminación de una causas mejor que otras. Una llamada «directiva horizontal» propuesta por la Comisión Europea en 2008, que proporcionaría una protección igual en todos los terrenos, sigue siendo objeto de negociación. El hecho es que sólo 6 de los 27 Estados miembros abordan legalmente este tema, es decir, que ni la UE, ni la mayor parte de sus países miembros, a través de sus leyes nacionales, reconocen específicamente o prevén la discriminación múltiple. Como resultado, las víctimas de discriminación múltiple pueden tener dificultades para hacer valer sus derechos ante los tribunales u otros órganos de reclamación y los responsables políticos no están

---

<sup>670</sup> En el artículo 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea se reconoce el derecho a la no discriminación, en particular por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos, religión o convicciones. En el artículo 35 se garantiza el derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales.

obligados a tener en cuenta la discriminación múltiple a la hora de formular políticas para mejorar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria.

No obstante, aunque no la desarrolla, la legislación de la UE, lo considera en su articulado de una forma tibia, en relación con el género. Así, la *Directiva del Consejo 2000/43/CE, de 29 de junio de 2000*, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre las personas independientemente de su origen racial o étnico establece en su art. 14 que : “*En la aplicación del principio de igualdad de trato con independencia del origen racial o étnico, la Comunidad, en virtud del apartado 2 del artículo 3 del Tratado CE, debe proponerse la eliminación de las desigualdades y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, máxime considerando que, a menudo, las mujeres son víctimas de discriminaciones múltiples*”. Con el mismo texto reza el apartado 3 de la *Directiva 2000/78/CE del Consejo de Europa de 27 de noviembre de 2000*, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

El informe FRA apunta que la ausencia de investigación dificulta su evaluación. Hay una carencia de datos a escala comunitaria sobre múltiples desigualdades en la asistencia sanitaria, en cuanto a discriminación múltiple. Si bien se registran sistemáticamente el género y la edad, esto no suele ocurrir por el contrario con otras causas como el origen étnico y la discapacidad. La falta de estadísticas de salud confiables resultante hace que sea difícil obtener una imagen real de múltiples desigualdades.

Además, el verdadero nivel de discriminación, incluyendo la discriminación múltiple, en la asistencia sanitaria también puede permanecer oculto por razones de efectividad forense o de proceso probatorio. Así los abogados preferirán dirigir los casos legales por razones distintas de la discriminación, como por negligencia médica o negligencia, ya que estos son más fáciles de probar y puede conducir a una mayor compensación de los casos de discriminación. Este planteamiento pragmático, fruto de una insuficiente construcción legal y jurisprudencial del concepto, no impide que algunos autores apuestan por la especificidad causa protegida (situación multicausal).<sup>671</sup>

---

<sup>671</sup> RIVAS VALLEJO. P. *op.cit.* p.89

En su artículo «Un doble problema: la discriminación múltiple y la legislación de la Unión Europea», Sandra Fredman argumenta que los jueces y los legisladores se han mostrado renuentes para destapar la caja de Pandora de denuncias de discriminación múltiple y subraya que los tribunales estadounidenses en los casos de causa múltiple, iban a limitarlos a una combinación de solo dos unidades. El impacto de otras razones es ignorado. El resultado es paradójico porque «*Cuanto más se aleja de la norma, es más probable que sufran discriminación múltiple y menos posibilidades de obtener una protección*». <sup>672</sup>

En cuanto a la aplicación judicial, el TJUE ha aplicado las *Directivas 2000/43/CE y 2000/73/CE 2000/78/CE*, en la sentencia en el *Caso Meister*, que es un supuesto donde la demandante alega la existencia de un rechazo al empleo por una discriminación múltiple acumulativa -por su sexo, su edad y su origen étnico-, en cuanto que las normas sobre carga de la prueba de las tres Directivas implicadas "*deben interpretarse en el sentido de que cualquier discriminación se puede beneficiar de las normas de flexibilización de la carga de la prueba*". <sup>673</sup>

Entre las barreras que dificultan un acceso a la asistencia sanitaria se señalan en el informe FRA las siguientes:

- Barreras de *Comunicación y lenguaje*: la interpretación inadecuada o inexistente a menudo dificulta la asistencia sanitaria.
- La falta de información sobre los derechos y los servicios de salud: Puede estar relacionado con el lenguaje (en el que se incluye la lengua de signos en el caso de personas Sordas y del método Braille para las personas ciegas) y por la falta de información en lo que se refiere al consentimiento informado. Los usuarios de salud de etnia gitana y las mujeres musulmanes informaron de que no siempre se les proporcionó explicaciones adecuadas, porque los profesionales de la salud se consideran con poca formación para comprender y comunicar sus problemas.

---

<sup>672</sup> FREDMAN, S . «*Un double problème: la discrimination multiple et la législation de l'Union européenne*», *Revue du droit européen relatif à la non-discrimination*, n° 2, p. 14. 2005.

<sup>673</sup> LOUSADA AROCHENA, JF. *La prueba de la discriminación en el Derecho Comunitario*. *Revista de Derecho Social* n° 60 (2012).

- Barreras organizativas y accesibilidad: Estos pueden afectar de forma desproporcionada a ciertos tipos de usuarios de la salud. Los ejemplos incluyen: falta de flexibilidad organizativa (como citar los viernes para las mujeres musulmanas o no tener cuenta las necesidades de las madres migrantes que no tienen apoyo familiar para cuidar a sus hijos) en la búsqueda de atención médica. La mala accesibilidad y la falta de ajustes razonables para las personas con discapacidad es también un problema.
- Condiciones de vida y de trabajo: En el caso de las personas en situación ilegal, existe miedo a ser deportados del país por las autoridades, a lo que se une el miedo a perder el trabajo por ausencia médica. Esto disuade a los inmigrantes (en situación normalizada o no) de acudir a los servicios de asistencia sanitaria, lo que dicho sea de paso, puede también plantear un problema de Salud Pública. Además, los inmigrantes de edad avanzada o las personas con una discapacidad pueden estar incapacitados para trabajar y/o excluidos de los regímenes de protección social a menos que posean un permiso de residencia permanente.
- Barreras culturales y psicológicas: Las mujeres migrantes, y en especial las mujeres musulmanas, pueden sentirse incómodas con los médicos y los enfermeros varones. Eso las puede llevar a no solicitar asistencia sanitaria.

El informe muestra cómo los estereotipos, solos o en combinación de estas características, pueden conducir a un tratamiento desigual de los diferentes grupos de usuarios de la salud. Hay algunos estereotipos recurrentes que la investigación se encuentra en los Estados miembros estudiados. Estos incluyen las relacionadas con: la apariencia, en especial de las mujeres musulmanas que llevan velo; discapacidad; la simulación de enfermedad, especialmente entre las personas que pertenecen a una minoría étnica o personas inmigrantes, que son mayores o tienen discapacidades; estereotipos culturales y la posible asociación de las minorías étnicas con el VIH / SIDA.

Los pacientes y los profesionales entrevistados mencionaron principalmente seis maneras a través del cual las personas podían ser objeto de discriminación en la asistencia sanitaria, lo que incluye:

- Retraso del tratamiento
- Rechazo del tratamiento
- Falta de dignidad y estereotipos
- Mala calidad de la atención
- Falta de consentimiento informado
- El acoso.

Rivas lo ejemplifica con el particular caso de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. La fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica encarnan el paradigma de la enfermedad predominantemente femenina (En el estudio EPISER, en población española, se evidencia un claro predominio en mujeres del 4,2% frente al 0,2% en hombres), huérfana de regulación específica. Los síntomas son de carácter subjetivo (ansiedad, dolor, fatiga), no objetivables mediante pruebas diagnósticas, lo que impone a la paciente a un estrés emocional adicional, con pérdida de autoestima y desvaloración personal. La interpretación de esta sintomatología mezclada con prejuicios puede asociar el cuadro a debilidad “femenina”<sup>674</sup>.

---

<sup>674</sup> RIVAS VALLEJO. P. *op.cit.* p.96



## **CONCLUSIONES**





## CONCLUSIONES

*Cumplimiento de los objetivos:* Una vez expuestos los resultados de la investigación, estamos en condiciones de aportar las conclusiones a que nos ha conducido todo el proceso investigador. Procede por tanto, exponer de forma sintética y sistemática, las aportaciones teóricas y prácticas que se derivan de la investigación realizada en relación con los objetivos propuestos inicialmente.

Como reflexión previa a las conclusiones, podemos afirmar que los objetivos planteados se han cumplido, ya que hemos podido profundizar, analizar y describir el proceso discriminatorio por razón de edad en la persona mayor, en el ámbito de la asistencia sanitaria y su repercusión desde la perspectiva de la teoría de los derechos humanos. Esta reflexión está fundamentada en las conclusiones que se expondrán a continuación, con especial énfasis en las aportaciones que gravitan en cinco ideas principales: El ageísmo como constructo jurídico expresivo de un proceso discriminatorio en el que el factor determinante es la mayor edad; la repercusión que el ageísmo produce en relación con la vulneración del derecho humano a la salud; el ageísmo se manifiesta en distintos niveles y ámbitos; el ageísmo tiene una mayor incidencia en la mujer e influye en la discriminación múltiple; y es necesario incorporar a la legislación estatal la perspectiva de la edad de forma transversal en especial en aquellos ámbitos necesitados de especial protección como es el ámbito socio-sanitario. Dichas ideas esenciales son las que integran las siguientes conclusiones:

**PRIMERA: El ageísmo es un concepto jurídico que expresa un proceso discriminatorio en el que el factor determinante es la mayor edad.**

### **1. Marco contextual del ageísmo.**

El ageísmo actúa sobre la persona mayor. La mayor dificultad para su delimitación se encuentra en el criterio para determinar a partir de qué edad se es anciano, viejo o persona mayor.

La vejez es una construcción social: es la sociedad la que atribuye la condición de anciano a una persona. La historia de la vejez ha sido la de un movimiento pendular entre dos extremos que se corresponden a una visión positiva que otorga un papel honorífico y valioso a los ancianos y otra visión peyorativa, en la que la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad. Cuando predomina una visión social negativa de la vejez, se predispone a los individuos hacia conductas discriminatorias.

La estructura de edad de la población española envejecerá en las próximas décadas de forma acelerada e intensa. El fenómeno del envejecimiento reunirá una serie de características: Mayor aceleración del envejecimiento poblacional, envejecimiento de la vejez por una longevidad más extensa, la feminización del envejecimiento, el empobrecimiento de la vejez, la heterogeneidad del envejecimiento y aumento de las desigualdades en salud e incremento del índice de dependencia.

Este contexto de envejecimiento favorece la percepción negativa de la vejez, y conduce a su marginalización. Las causas de la marginación del anciano son: la consideración de los ancianos como grupo homogéneo, el cambio en las relaciones familiares, el cambio de la estimación social del anciano, la medicalización del envejecimiento, la exaltación social de los valores de la juventud sobre los de la madurez, visión hedonista de la vida y abandono de los valores tradicionales. A consecuencia de la soledad y pérdida de identidad al que se ve sometido el anciano, se va creando un ambiente despersonalizado e insolidario, que contribuye a la discriminación y marginación, en el que el propio anciano acaba por “auto-marginarse”. La sociedad debe asumir un papel proactivo en las políticas de ancianidad y crear las condiciones que favorezcan el disfrute de los derechos en condiciones de igualdad.

## **2. La discriminación de edad como concepto jurídico**

La discriminación por edad es un concepto relativamente nuevo, que se manifiesta mediante la utilización de estereotipos y una actitud discriminatoria en especial hacia las personas mayores a causa de su edad, con una distinta valoración de los grupos de edad más jóvenes. La edad puede ser un factor de discriminación que contribuya a diferenciar arbitrariamente a los individuos, como ocurre con otros

factores. La discriminación determina una diferenciación de trato, que anula o menoscaba el disfrute de ciertos derechos o agrava sus cargas. La discriminación opera, en última instancia, como instrumento de segregación social.

El art. 14 de la Constitución española contiene una parte enunciativa del principio de “igualdad de los ciudadanos ante la ley” y una cláusula antidiscriminatoria abierta que prohíbe la discriminación atribuible a “cualquier condición o circunstancia personal o social”, en la que se puede incluir la edad. Por su parte el art. 9.2 CE compromete la acción de los poderes públicos a fin de alcanzar la igualdad material entre los individuos, y en especial en beneficio de determinados colectivos, históricamente preteridos y marginados.

La conceptualización del proceso discriminatorio por razón la edad, presenta importantes problemas de construcción jurídica, por diversas razones: la edad es noción relativa, no existe acuerdo claro sobre lo que considerar como discriminatorio, cada grupo etario puede sufrir discriminación con un perfil diferenciado, ha faltado una normalización terminológica para referirse a este tipo discriminatorio y aunque las fuentes legislativas que contemplan la discriminación por edad son cada vez más numerosas existe falta de investigación que determine “el perfil de riesgo”.

El ageísmo frente a otros tipos discriminatorios en base a la edad presenta unos rasgos distintivos:

- La vejez como período es más o menos prolongado pero es irreversible. Un niño pasa a ser joven, y este pasa a ser adulto, pero la vejez permanece.
- La vejez afecta a todos, si antes no se produce una muerte prematura.
- La longevidad está aumentando, por lo que la cantidad de años que se va a padecer la discriminación es posible que aumente.
- Existe poca concienciación con respecto a este tipo de discriminación.
- La persona mayor puede ser discriminada socialmente y puede afectar a su auto-concepto, por lo que también es una discriminación que se auto-infringe.

La investigación actual sobre el fenómeno discriminatorio se ha dirigido hacia las siguientes áreas:

- a) La discriminación por edad en las relaciones sociales y actitudes.

- b) La discriminación por edad en el empleo
- c) La discriminación por edad en la distribución de bienes y servicios (asistencia sanitaria)

Distintas investigaciones han demostrado que la distorsión causada por los estereotipos ciegan a los individuos impidiendo que se prevengan de las diferencias que existen entre varios miembros, no reconociéndoseles cualquier virtud o cualidad. En el proceso discriminatorio intervienen los prejuicios que están condicionados por los estereotipos. La discriminación puede consistir en actitudes, conductas (por acción u omisión) y estructuras sociales (normativas por ejemplo). El efecto que produce esta discriminación es un menoscabo o anulación en el ejercicio de los derechos.

### **3. La superación terminológica y una propuesta de definición**

Es preciso superar la variedad de términos que se utilizan para referirse a la discriminación por razón de edad. Consideramos más apropiado utilizar el término de ageísmo, para referirnos a un tipo de discriminación por razón de una edad, determinada socialmente como vejez. Esto excluye otros tipos de discriminación por razón de edad que ofrecen unos rasgos característicos peculiares. Realizamos una propuesta de superación terminológica en base a los siguientes argumentos:

1. Supone una adaptación sencilla del término originario propuesto por Butler, no existiendo en nuestro idioma un término consensuado para describirlo.
2. El ageísmo describe mejor el fenómeno de discriminación social de personas de edad avanzada en cuanto pertenecientes a un grupo.
3. El ageísmo es un tipo especial de discriminación por razón de edad.
4. Frente a otras acepciones como ancianismo o viejismo, está exenta de los matices discriminatorios.
5. La variedad de acepciones hasta el momento y su utilización indistinta como sinónimos, dificulta la comprensión del ageísmo como una vulneración de los derechos humanos.
6. El vocablo ageísmo se utiliza en otros idiomas próximos al nuestro.
7. El término ageísmo es utilizado ya como descriptor en bases de datos bibliográficas.

8. La normalización de un término ayuda a dar visibilidad a un fenómeno social, común en sociedades similares a la nuestra, por lo que al hacerlo explícito a la sociedad, se está posibilitando adoptar las medidas necesarias para combatirlo y corregirlo.

También realizamos una propuesta de definición de Ageísmo: Es un tipo diferenciado de discriminación por razón de edad, causado por cualquier actitud, conducta o estructura institucional que menoscabe o impida el disfrute de los derechos de una persona o colectivo de personas, en base a una edad determinada socialmente como vejez.

#### **4. La discriminación laboral por razón de edad**

La discriminación laboral por edad, se presenta a edades más tempranas de lo que podríamos entender como edad avanzada, esta basada en una preferencia injustificada e injustificable de los más jóvenes sobre los más mayores, que afecta al empleo, y que se extiende al momento de la jubilación. Desde la perspectiva de la edad la jubilación obligatoria deja de ser un derecho del trabajador, para convertirse en una razón para desprenderse de personas en su mayoría en buenas condiciones físicas e intelectuales, y ser sustituido por uno más joven.

**SEGUNDA: El ageísmo produce la vulneración del derecho humano a la salud.**

##### **1. El derecho humano a la salud.**

La idea de salud es un producto o construcción social que responde a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. Además depende de la persona, de su percepción y vivencia personal.

Un hito importante en la conceptualización de la salud lo representa la definición incluida en el preámbulo de la OMS. Este proporciona una definición positiva de la

salud, como «*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad*».

La salud como constructo jurídico, es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

El derecho a la salud está incluido en tratados internacionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. El derecho a la salud recogido en el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, es un concepto expansivo, que abarca la asistencia sanitaria y aquellos otros factores determinantes de la misma como alimentación, vestido y la vivienda. Esta concepción supone la evolución hacia un modelo de salud socio-ecológico representando la superación de la doctrina determinista de la causalidad simple, por la de una idea multicausal.

La consideración como derecho humano, lleva aparejada la obligación por parte de los Estados de ofrecer las garantías para que ese derecho pueda realizarse, dirigidas a: respetar el disfrute del derecho (sin interferir en el), protegerlo (evitando que otros interfieran) y hacerlo cumplir (adoptar medidas para darle efectividad). La normativa internacional proclama el derecho a la salud bajo el «principio de realización progresiva».

## **2. El derecho a la protección a la salud como derecho a la prestación sanitaria**

El derecho a la protección de la salud se articula en realidad como un derecho a la prestación sanitaria. Por tanto, es en el alcance de las prestaciones sanitarias donde se materializa el derecho a la salud. El que se considere como un derecho humano implica que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, lo que incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Este derecho concretado en la asistencia sanitaria, se ajusta a la definición tradicional de los derechos sociales, que requieren una actividad por parte del Estado para materializar su contenido. Así

concebido, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria implica la garantía de un servicio público para que le dispense las prestaciones sanitarias.

La idea del derecho a la protección de la salud reducido a un derecho de asistencia sanitaria ha producido un largo y fecundo debate doctrinal. Frente a esta noción de derecho a la salud como derecho a la asistencia sanitaria, hay autores sostienen una posición contraria, configurándolo como un derecho justificado, universal y complejo.

### **3. La inequidad y las desigualdades en salud como vulneraciones del derecho a la salud.**

Los fundamentos para rechazar las desigualdades en salud son los mismos que para rechazar otro tipo de desigualdades o injusticias, aunque la salud reviste unas características especiales. Por una parte, la salud tiene un valor intrínseco, además de instrumental. Conseguir la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Las desigualdades en salud deben tomarse consideración desde una perspectiva moral y ética en la medida que hacen referencia a diferencias injustas y evitables.

### **4. El envejecimiento activo como forma de empoderamiento de las personas mayores.**

La OMS define envejecimiento activo como «el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». El enfoque del «envejecimiento activo» está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas, de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización

Se trata de “empoderar” a las personas mayores, para que se conviertan en sujetos activos capaces de tomar sus propias decisiones, fomentando su autonomía



personal y desarrollando una actitud más participativa a nivel político y comunitario. Los principios en que deben basarse las intervenciones sanitarias incluyen las consideraciones éticas, los derechos humanos y los valores de libertad, autonomía, justicia, responsabilidad, intimidad, respeto y dignidad.

## **5. El maltrato al anciano es una forma de discriminación por razón de edad**

El maltrato al anciano es una manifestación del ageísmo social. La OMS entiende como maltrato a personas mayores: «la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza».

Se estima que la prevalencia media del maltrato se situaría en torno al 6% de las personas mayores de 65 años. Existe una amplia tipología de maltrato que va desde los malos tratos de carácter físico a los de carácter psicológico, la explotación económica, el abuso sexual y el abandono.

El maltrato al anciano está protegido penalmente especialmente dentro de la figura el delito de Violencia domestica que dispone de un tratamiento sustantivo específico en el Código Penal (Art. 153 y Art. 173,2). Destaca la necesidad de la habitualidad en la violencia y contempla la violencia física y psíquica.

Existe otra protección penal frente a los distintos tipos de maltrato (abandono, explotación económica, etc.).

La dificultad que presenta este tipo de violencia en el anciano es debida a cierta complacencia social que trata de justificarla, por la dificultad de prueba, por la dependencia y las relaciones familiares de la víctima con el responsable de la violencia. La disgregación de normas y la inexistencia de un enfoque integral dificultan la protección jurídica del maltrato, obligando a la victima a un peregrinaje de actuaciones.

Cada vez es mayor la sensibilización respecto de los derechos de los hombres y mujeres de edad lo que ha llevado a considerar el maltrato de las personas de edad como una cuestión de derechos humanos.

## **6. El envejecimiento no es causa suficiente del aumento del gasto sanitario**

Es preciso cambiar los conceptos establecidos en torno a la demografía sanitaria en la toma de decisiones clínicas, por que globalmente considerados perpetúan un cierto ageísmo y pueden resultar malos indicadores a la hora de tomar decisiones que afecten a los ancianos, tanto a nivel asistencial como a nivel investigador. Las implicaciones éticas en torno al valor de la vida de una persona y en particular de los ancianos, deben ser reconsideradas en estos términos.

El debate ético sobre la longevidad debe contemplarse en paralelo al debate sobre el final de la vida, que debe proseguir, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en éste ámbito y de analizar las vías para su armonización.

La reflexión acerca de la longevidad humana está siendo de un renovado interés desde la biogerontología. Las diferentes posturas doctrinales en torno a la longevidad humana van de los que creen que algún día se podrá alcanzar la longevidad ilimitada; pasando por los que sostienen que la esperanza de vida al nacimiento llegará a los 100 años en este siglo y los que creen que hemos llegado al tope máximo en cuanto a la esperanza media de vida y que de aquí en adelante poco va a variar.

La hipótesis hoy más aceptada, es que tanto los factores genéticos como los ambientales tienen influencia en la duración de la vida. A la luz del conocimiento actual se estima que el envejecimiento es un proceso multifactorial en el que los elementos que intervienen están interconectados. Esta orientación contribuye a la construcción de un nuevo marco para futuros estudios moleculares de envejecimiento y diseño de intervenciones para la mejora del período de vida de una persona libre de enfermedad y de la longevidad.

El éxito en el envejecimiento tiene como resultado una proporción mayor de personas mayores en el conjunto de la población, personas que en este momento pueden vivir más años. Esto hace suponer que la demanda de servicios sanitarios seguirá aumentando proporcionalmente. Por otra parte, del lado de la oferta, el avance de la alta tecnología médica implicará el encarecimiento constante de la factura sanitaria. Ante

esta situación, algunos autores estiman que va llegar un momento en el que la tecnología no esté disponible para todo el que la necesite y habrá que racionarla. En un contexto de crecimiento continuo de la demanda y de recursos escasos para hacerle frente, debe plantearse qué criterios utilizar en la asignación de recursos sanitarios

Que los mayores amenazan la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios, o que son personas “improductivas” es una orientación que puede influir en futuras estrategias políticas, y por extensión en la planificación sanitaria. Puede condicionar que el presupuesto global se decante hacia líneas prioritarias dejando de lado, por ejemplo, la investigación del envejecimiento.

Existe evidencia empírica disponible, que la mayor longevidad no ha comportado un peor estado de salud medio de las personas mayores. Esa evolución favorable se apoyaría en la adopción de estilos de vida saludables y en mayores niveles de renta. Las proyecciones se realizan teniendo en cuenta que el resto de factores se mantiene constante, cosa que en realidad no ocurre. La evolución futura del gasto sanitario, por tanto, resulta difícil de predecir y menos imputarla al envejecimiento poblacional.

**TERCERA: El ageísmo se manifiesta en el ámbito sanitario, a nivel clínico e investigador, y en el ámbito de la atención a la dependencia.**

### **1. El ageísmo se produce en la atención sanitaria**

El Ageísmo se manifiesta en diferentes niveles y ámbitos. Esos difusos niveles en los que se desarrolla, alcanzan su máxima expresión en la asistencia sanitaria, en el ámbito clínico e investigador y en el ámbito de atención a la dependencia.

Mientras que para unos autores, existe discriminación positiva en el adulto mayor debido al elevado uso de recursos sanitarios y obtención gratuita de fármacos, otros sostienen que existe clara discriminación negativa, por la escasa participación de los mayores en ensayos clínicos aleatorios, el acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos novedosos y una menor indicación de pruebas diagnósticas y terapéuticas que en el adulto joven, y por una diferencia de trato en la atención sanitaria. Desde la

perspectiva Bioética, puede argumentarse que la discriminación negativa vulnera el principio de justicia, y también los principios éticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia.

Existe evidencia científica procedente de estudios tanto nacionales como internacionales de un ageísmo prolongado en el ámbito clínico, que repercute negativamente en la salud de las personas. Esa evidencia se ha puesto de manifiesto en distintas áreas o especialidades sanitarias, como por ejemplo en Oncología, Cardiología, en la prescripción farmacológica, en el cuidado final de la vida, en el trasplante de órganos, en Medicina Intensiva, en listas de espera, y en el anciano con deterioro cognitivo. Ello da idea de un problema generalizado y que podría tener una incidencia mayor, debido a la infra-documentación de casos y a una insuficiente investigación.

Las consecuencias del ageísmo sanitario se traducen en una mayor morbilidad y mortalidad, y en definitiva a una peor calidad de la asistencia debido a diferencias injustificadas en los tratamientos y cuidados.

## **2. El ageísmo se manifiesta también en los Ensayos clínicos**

El Ageísmo también prospera en el ámbito de la investigación clínica como se ha puesto en evidencia en esta investigación, especialmente en lo que respecta a los Ensayos Clínicos en diferentes áreas, como por ejemplo en Ensayos en cardiología, investigación en cáncer en el anciano e investigación en psiquiatría y neurología geriátrica.

Son nulas las referencias contenidas en los textos normativos internacionales que contengan una mención directa a la protección de los ancianos, como se hace con la investigación en la que participan niños o mujeres embarazadas. Los diferentes textos que versan sobre investigación científica en seres humanos como el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina elaborado por el Consejo de Europa, el Informe Helsinki y las Pautas CIOMS 2002, no establecen diferencia o mención alguna, en referencia a los ancianos como grupo de especial protección. Esta omisión, cuando menos, es bastante llamativa de la situación de desigualdad que se viene produciendo.

El ageísmo puede limitar a los ancianos el acceso y a las ventajas de avances tecnológicos de una sutil manera: los ancianos son reclutados en una proporción menor en estudios de investigación biomédica. Las personas de más de 65 años no se incluyen, en general, en ensayos clínicos, lo que no evita que después reciban fármacos que han sido investigados en personas más jóvenes

Al margen de todas las exigencias éticas plasmadas en las Declaraciones y textos normativos encaminados a regular y velar por que se cumplan los requisitos éticos en los ensayos clínicos, existe un silencio normativo en lo que respecta a las personas mayores. En su condición de grupo vulnerable, no es suficiente con la igualdad formal.

La selección equitativa de sujetos se justifica por el principio de la justicia distributiva, el concepto de que los beneficios y las cargas de la vida social deben ser distribuidos equitativamente. Su esencia radica en la necesidad científica de guiar la selección de los sujetos y que los criterios de elegibilidad usados sean los más amplios posibles compatibles con la interrogante de la investigación y con la minimización de riesgos posibles.

### **3. La discriminación en situaciones de dependencia.**

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define la dependencia como: «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». Esta definición tiene los siguientes caracteres:

- El carácter permanente de la dependencia.
- Las causas de la situación de dependencia se atribuyen a la edad, la enfermedad y la discapacidad.
- Se condiciona la necesidad de cuidados o de apoyos para su autonomía personal para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

Aproximadamente el 5% del total de la población española es dependiente, lo que con respecto a la población de 64 años y más supone un 30%.

Son varios los factores que favorecen o condicionan la dependencia., la edad, el sexo bajo nivel de estudios, el bajo nivel de ingresos y el estado civil.

Son factores protectores de la dependencia el empoderamiento, la evitación del ageísmo, y evitar que el proteccionismo reste autonomía a la persona.

El objetivo de la ley de Dependencia es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. La ley se guía por los siguientes principios que consideramos más relevantes:

a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación. La previsión de «en los términos establecidos en esta Ley» apunta a una aplicación generalizada atenuada.

c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.

d) Condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, criterios de equidad para garantizar la igualdad real y la personalidad de la atención con criterios de discriminación positiva.

e) La promoción de las condiciones precisas para el mayor grado de autonomía posible.

f) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta ley.

g) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.

El modelo de atención a la dependencia ha pasado de ser un «modelo médico o rehabilitador» que entendía la discapacidad como una consecuencia natural de la pérdida de funcionalidad de distinto tipo (perspectiva orgánico-funcional) a un modelo denominado «social» que incorpora la perspectiva de los Derechos Humanos en el ámbito de la discapacidad y que entiende que las causas que originan la discapacidad no son individuales sino sociales.

La integración de la dimensión de la discapacidad en el discurso de los Derechos Fundamentales aspira al ideal de la autonomía individual, inspirado en el principio de «capacidad jurídica universal» lo que no encaja con el sistema español de base latina en el que predomina el principio de sustitución en los casos de autonomía atenuada o semiplena. En todos los principios inspiradores de referencia son: El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad y el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en la atención sanitaria

En relación a la dependencia los casos de discriminación más frecuentes guardan relación con malos tratos, incluyendo restricciones físicas y químicas, la deshumanización de la atención y despersonalización, la falta de respeto a la autonomía de la persona mayor, la falta de información, la no obtención del consentimiento informado, la predominancia de decisiones de sustitución injustificadas, la vulneración de la intimidad, privacidad y confidencialidad, el abandono y los conflictos que se presentan en materia de Tutela y Curatela.

**CUARTA: El ageísmo incide en la mujer en mayor medida y forma parte de la discriminación múltiple.**

### **1. La mujer mayor esta doblemente discriminada**

En el contexto de la feminización de la vejez, en nuestro país hay 143 mujeres mayores de 65 años por cada 100 hombres de esa misma edad, cifra que va en aumento. El aumento de la longevidad favorece especialmente a las mujeres, pero no se ha traducido en una mejor calidad de vida.

Las diferencias entre sexos en la esperanza de vida se reducen de forma importante cuando se tiene en cuenta los años vividos libres de incapacidad, de tal manera que la ganancia de años de esperanza de vida en las mujeres respecto a los hombres se realiza fundamentalmente a expensas de años vividos en situación de discapacidad.

La desigualdad que padecen las mujeres en el mundo en el disfrute de sus derechos está arraigada profundamente en la tradición, la historia y la cultura. En las sociedades tradicionales la desigualdad entre hombres y mujeres estaba considerada propia de la naturaleza humana; las diferencias biológicas entre los varones y las mujeres, aportaban un modelo explicativo que justificaba las diferencias sociales. El género es un constructo social, no natural que tiene imbricaciones en todo el tejido social. La redefinición de los derechos humanos implica adoptar un concepto dinámico y plural y el compromiso de materializar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

En las mujeres se produce con mayor frecuencia una situación de doble o múltiple discriminación, por razón de edad y por razón de sexo. A lo que se le unen peores condiciones socio-económicas.

## **2. Los estudios feministas apenas han profundizado en la discriminación de la mujer mayor y su repercusión en la salud**

Hay en general una escasez de trabajos sobre la discriminación de la mujer mayor y del modo en que afecta a su salud e incluso reflejado la insuficiente construcción de un modelo explicativo, escasez que se extiende a los estudios desde una perspectiva de género.



El pensamiento feminista, crítico con la estructura social, asume la irrelevancia y la invisibilidad que posee la mujer mayor.

### **3. La violencia contra la mujer mayor es tratada como ageísmo**

Las manifestaciones de la violencia contra la mujer están influidas por las normas sociales y culturales, así como por la dinámica de cada sistema social, económico y político. Intervienen factores tales como la raza, el origen étnico, la casta, la clase, la condición de migrante o refugiada, la edad, la religión, la orientación sexual, el estado matrimonial, la discapacidad, entre otros, que influyen en las formas de violencia a que están sometidas y en cómo la experimentan.

La violencia contra las mujeres constituye una de las formas más recurrentes, enraizadas y naturalizadas de la discriminación de género. La violencia contra las mujeres es un factor esencial en el deterioro de su salud, ya que las agresiones suponen un menoscabo en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres.

El maltrato a ancianos es un problema creciente siendo las víctimas principalmente mujeres. Sin embargo las implicaciones son diferentes se considere como violencia sexista que como violencia ageista. En general, la violencia contra la mujer mayor tiende a verse de diferente modo que la violencia a las mujeres jóvenes, lo que afecta a las medidas de protección.

### **4. La discriminación por razón de edad interviene como factor en la discriminación múltiple.**

La discriminación múltiple describe una situación en la que una persona sufre discriminación por varios motivos (sexo, edad, raza) que pueden operar por separado pero que agregados tienen un efecto mucho más pernicioso.

La unión Europea distingue entre discriminación aditiva y discriminación interseccional:

- Aditiva, cuando se distinguen los efectos específicos; por ejemplo, cuando una mujer de edad avanzada sufre discriminación en el lugar de

trabajo por razón de sexo y en el acceso a la asistencia sanitaria por razón de edad.

- Interseccional, cuando la discriminación se basa en la combinación de dos o más características. Se produce cuando alguien es discriminado por varios motivos, al mismo tiempo.

El concepto de discriminación múltiple ha sido reconocido expresamente en la Conferencia de Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y la Intolerancia de Durban en 2001. A partir de ahí, el concepto ha irrumpido con fuerza en instituciones comunitarias europeas. En España la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres contiene tres referencias relacionadas con la discriminación múltiple, pero se muestra insuficiente.

La discriminación múltiple como concepto emergente precisa de una mayor concreción y pone de manifiesto una falta general de investigación y de datos pertinentes en este campo, dado que el proceso discriminatorio se revela como un complejo sistema multifactorial.

El acceso a la atención de salud de calidad es un derecho fundamental. Reconocer y estudiar la discriminación múltiple aporta una novedosa perspectiva en el campo de los derechos humanos. Significa tomar en cuenta los múltiples factores de fondo y la complejidad de la discriminación, para abordar de una manera más exacta y precisa de los efectos de la discriminación, y llenar una laguna del conocimiento.

**QUINTA: Es preciso incorporar a la legislación estatal la perspectiva de la edad de forma transversal en especial en aquellos ámbitos necesitados de especial protección como es el ámbito socio-sanitario.**

### **1. Los derechos de las personas mayores como colectivo**

Las personas mayores gozan jurídicamente de los mismos derechos, libertades y deberes civiles y políticos constitucionales que los demás ciudadanos, ya que

únicamente se les podrá privar de los mismos en los casos de incapacitación, a través de una sentencia judicial y en los términos y extensión que la misma establezca. Sin embargo, en la práctica la vulnerabilidad del anciano dificulta el ejercicio real de dichos derechos, como ponen de manifiesto diversos estudios e informes sobre los casos de violencia contra las personas mayores, discriminación por edad, abusos o extorsiones a que se ven sometidos. El anciano disfruta de la presunción legal de plena capacidad, siendo necesario destruirla mediante resolución judicial.

El principio de no discriminación por la edad ha sido expresamente reconocido en una serie de instrumentos de derechos humanos, tanto de carácter universal como regional, así como en la legislación nacional de algunos países. Los principios de no discriminación y la igualdad son componentes esenciales de las normas internacionales de derechos humanos y son fundamentales para el goce y el ejercicio de todos los derechos humanos de las personas mayores.

Los últimos cincuenta años se han caracterizado, desde la perspectiva de las declaraciones y reconocimientos de los Derechos Humanos, por la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales. Conocidos como derechos de segunda y tercera generación, se han entendido como derechos colectivos, al estar atribuidos a ciertos grupos o colectivos diferenciados, especialmente vulnerables. En la Evolución histórica de los derechos humanos, se produce un último proceso de expansión, tanto en relación a los titulares como en su contenido, conocido como proceso de «especificación» o «proceso de concreción» de los derechos.

## **2. Insuficiencia normativa.**

A pesar de la proliferación normativa en materia de Derechos Humanos y de la referencia indirecta a los derechos de “la tercera edad”, sorprende la escasez de textos destinados a la protección de este colectivo en los instrumentos internacionales, en comparación con lo que ocurre en el caso de otros grupos (mujeres, infancia, discapacidad). Entendemos que esta consagración en lo que respecta a las personas mayores como colectivo, resulta incompleta o, dicho de otra manera, está necesitada de un desarrollo unitario.

Las primeras referencias a las personas mayores, contenidas en instrumentos internacionales fueron realizadas de forma indirecta y limitadas a ámbitos concretos como la protección y nivel de vida adecuado o al derecho a la seguridad social. Falta una normativa que aborde los derechos de una forma integral. La construcción de un enfoque normativo pasa por la especificación o concreción de los derechos que permita el reconocimiento de los derechos y su plasmación en una Convención que desde una perspectiva integradora tenga una vocación universal.

### **3. Necesidad de incorporar la perspectiva de edad de forma transversal en la legislación estatal.**

La situación de vulnerabilidad propia de los ancianos, representa una desigualdad de hecho, que debe corregirse desde la óptica de los derechos humanos (función tutelar). Son las características estructurales las que limitan su capacidad de gozar plenamente de los derechos generalmente reconocidos. La expresión “grupos vulnerables” pretende hacer referencia a esta situación de inferioridad o marginación en las estructuras y relaciones sociales, por más que haya sido justamente criticada tanto por sus connotaciones negativas. Por tal motivo hay que insistir en incorporar la perspectiva de la edad de forma transversal en la normativa estatal.

Los nuevos enfoques basados en los derechos humanos tratan de poner el énfasis en el empoderamiento de las personas mayores, considerándolos como sujetos de derecho y no solo beneficiarias de la asistencia social. Esta perspectiva implica una nueva ciudadanía, que disfruta de las garantías necesarias, asume nuevos roles y oportunidades y fomenta e impulsa su autonomía.



# **BIBLIOGRAFÍA**

## **LIBROS**

ABRAMOVICH, V. COURTIS, C. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid, Editorial Trotta, 2002.

ACEBEDO, G. MARTÍNEZ, G. ESTARIO, JC. *Manual de Salud Pública*. 1ª Edición. Córdoba (Argentina). Encuentro Grupo Editor, 2007. p. 18.

AGÜERA ORTIZ, L.: *Psicofármacos*. En: AGÜERA ORTIZ, L. CERVILLA BALLESTEROS, J. MARTÍN CARRASCO, M. «Psiquiatría geriátrica». Masson. Barcelona, 2006; P. 729.

AHN, N. et. al.. *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Bilbao, Fundación BBVA, 2003.

ALBA, V. *Historia Social de la Vejez*. Barcelona, Laertes, 1992. p. 59.

ALBADALEJO, M. *Derecho Civil. Introducción y parte General*. Volumen primero. Barcelona, Bosch, 1985. p. 243.

AMY J. C. CUDDY, SUSAN T. FISKE. *Doddering but Dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of older Persons*. En: Todd D. Nelson (Editor). «Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons». Cambridge, Mass, MIT Press, 2002.

ARA PINILLA, I. *Funciones que cumplen los derechos*. En DE CASTRO CID, B. «Introducción al Estudio de los Derechos humanos». Madrid, Editorial Universitas S.A., 2003.

- ARBOLEDA-FLOREZ, J. *La investigación en sujetos humanos: poblaciones vulnerables*. En LOLAS, F QUEZADA, A (Edit.) «Pautas éticas de Investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas». OPS-OMS. Santiago de Chile, 2003. p. 130.
- ARELLANO PÉREZ, M. GARRETA BURRIEL, M. CERVERA ALEMANY, AM. *Negligencia, abuso y maltrato*. En VVAA: «Tratado de Geriátrica para residentes». Madrid, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), 2006.
- ARIAS, E. *La imagen Social del mayor: una comparación entre Alumnos universitarios jóvenes y mayores de Castilla-La Mancha*. (Tesis Doctoral) Universidad de Castilla –La Mancha. 2014.
- ARISTÓTELES. *Retórica* (Versión de Arturo Ramírez Trejo). México. UNAM. 2002: págs. 103-104.
- ARQUIOLA LLOPIS, E. *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1995.
- AZNAR LOPEZ, M. *Las personas mayores en la Constitución Española. Comentario al art. 50*. En MARTINEZ MAROTO, Antonio. «Gerontología y Derecho». Madrid, Edita Panamericana de la Salud, 2001.
- BALLAGH PALMORE, E. *Ageism: negative and positive*. New York (EEUU), Springer Publishing Co, 1999. p. 19.
- BARONA, JL. *Salud, tecnología y saber médico*. Editorial Ramón Areces, Madrid. 2004: 157
- BARRANCO, M<sup>a</sup> del Carmen. *Derechos humanos y vulnerabilidad: Los ejemplos del Sexismo y del Edadismo*. En BARRANCO, MC y CHURRUCA, C. (Ed.)

«Vulnerabilidad y protección de los derechos humanos». Valencia, Tirant lo Blanch, 2014.

BEAUVOIR, S. *La vejez*, Barcelona, EDHASA, 1989. pág.108.

BENGOECHEA GIL, MA. *La ley de Igualdad 3/2007 de 22 de marzo: el reto de erradicar discriminaciones*. En BENGOCHEA GIL, MA. «La lucha por la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Reflexiones y aportaciones de la Ley de Igualdad 3/2007 de 22 de marzo». Madrid, Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas", Universidad Carlos III de Madrid, Dykinson, 2010.

BLASCO PATIÑO, F. *Sobremedicación de los pacientes ancianos. Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario*. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid (tesis doctoral), 2004.

BLAZQUEZ, Diego. *Los derechos de las Personas Mayores. Perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas*. Madrid, Dykinson, 2006. pág. 18.

BOBBIO, Norberto. *El tiempo de los derechos*. Madrid, Editorial Sistema, 1991. p. 103.

BORRELLA, S. *Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores*. (Tesis Doctoral) Universidad de Extremadura. 2013.

BROWNWELL, P. KELLY, JJ. *Ageism and Mistreatment of Older Workers. Current Reality, Future Solutions*. New York (USA) Springer Science & Business Media, 2012.

BUTLER, RN. *Ageism*. En G. Maddox (Ed). «The encyclopedia of aging». (pp. 22-23) NewYork, Springer Publishing Co,1987.

- *Perspectivas Culturales Sobre La Longevidad*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. New York, Centro Internacional para la Longevidad, 2002.



- BYTHEWAY, B. *Ageism*. Buckingham (UK), Open University Press, 1994
- CABRERA, PJ. *Socio-Demografía de la vejez*. En: DE LA TORRE, J (edit.). «Bioética y ancianidad en una sociedad en Cambio». Madrid, Universidad de Comillas, 2015. p. 27.
- CALLAHAN, D. *Poner límites. Los fines de la medicina ante una sociedad que envejece*. Triacastela, Madrid; 2004
- CÁRDENAS, J. *Introducción al estudio del derecho*. México, Nostra ediciones, 2009. p. 221.
- CASTILLEJO, J. *Historia del derecho romano: política, doctrinas, legislación y administración*. Madrid, Editorial Dykinson, 2004. p. 58.
- CASTILLO ARENAL, T. *El modelo de apoyo personalizado en el hogar a personas en situación de dependencia*. En: DE LA TORRE, J y PEREZ, J (Eds.) «Autonomía personal y atención a la dependencia». Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid: 2009. p.25.
- CATALDI AMATRIAIN, RM. *Alcances del principio de autonomía en medicina*. En: ENGELHARDT; D. MAINETTI, JA. CATALDI, R. MEYER, L. (Edit.) «Bioética y Humanidades Médicas». Buenos Aires (Argentina), Biblos, 2004. p. 167.
- CICERON, MT. *De Senectute*. Madrid, Editorial Triacastela, 2001.
- COUGHLIN, S. BEAUCHAMP, T. *Ethics and Epidemiology*. Oxford (UK), Oxford University Press.. 1996. p. 221.
- CRESPO, D. *El envejecimiento: definiciones y teorías*. En CRESPO, D (ed.) «Biogerontología». Santander, Universidad de Cantabria, 2006.

DABOVE, MI. PRUNOTTO, AB. (Eds.). *Derecho de la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria* Rosario (Argentina), Editorial Juris, 2006

DE ASÍS, R. BARRANCO, MC. *Sobre el derecho a la autonomía en el ámbito de las situaciones de dependencia*. En BARRANCO AVILES (Coord.) «Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos». Madrid, Dykinson, 2011.

*-Derechos humanos y situaciones de dependencia*. Madrid, Editorial Dykinson, 2007. p.50 .

DE AUSEJO, S. *Diccionario de la Biblia*. Barcelona, Editorial Herder, 1987. p. 90.

DE CASTRO CID, Benito. *Problemas básicos de Filosofía del Derecho: desarrollo sistemático*. Madrid, Editorial Universitas, 1990. pág.273.

*-Los derechos de Libertad*. En: «Introducción al Estudio de los Derechos humanos». Editorial Universitas S.A. Madrid, 2003: pág. 287.

DE LORA, P. ZUÑIGA, A. *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la Justicia distributiva*. Madrid, Iustel, 2009.

DE LA SERNA, I. *La vejez desconocida*. Díaz de Santos; Madrid; 2003: pág. 2

DE LA TORRE, J. *Nadie Envejece igual. Una mirada desde la historia de la vejez*. En DE LA TORRE (ed) «Bioética y Ancianidad en una sociedad en Cambio». Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2015. p. 202.

DÍAZ, R. (Coord.) *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Informe 2008/ Tomo I. IMSERSO, Madrid: 2009. p. 76.

DOMÍNGUEZ, M. *Concepto de salud y enfermedad*. En VV.AA. «Medicina Preventiva y Salud Pública». 8ª edición. Barcelona, Salvat editores, 1989. p.15.

DURÁN, M. *La protección jurídico-social de las personas en situación de dependencia*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 2014.

DURÁN, MA. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid, Tecnos, 1983. p. 11.

EMANUEL, EZEKIEL. *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos básicos*. En LOLAS, F. y QUEZADA, A Editores. «Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas». Programa regional de Bioética. Serie Publicaciones 2003. OPS-OMS. Santiago de Chile. 2003.

*-Inequidades, Bioética y Sistemas de Salud*. En LOLAS STEPKE, F. (Editor) «Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Organización Panamericana de la Salud». Organización Mundial de la Salud. Santiago de Chile:2000. Disponible en: <http://www.fri.bioetica.org/bibliografia/lolas2.pdf#page=51> Con acceso el 12/03/2012. p. 101.

ENGELHARDT, HT. *Los fundamentos de la bioética*. Paídos básica, Barcelona, 1995. p. 362.

EKERDT, D. J. (EDITOR) *Encyclopedia of Aging* (Libro electrónico) Volume I. Nueva York (USA), Thomson Gale Group, 2002. Disponible en <http://www.netlibrary.com/Search/SearchResults.aspx>

FERNÁNDEZ MUÑOZ, JN. INFORME 2012 *Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Primera edición. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2014.

FOLGUERA, P. *La Equidad de género en el marco internacional y europeo*. En MAQUIEIRA, V: (ed.) «Mujeres, Globalización y Derechos Humanos». Madrid, Ediciones Cátedra, 2006.p. 89.

- GALÁN JUÁREZ, M. *Antropología y Derechos Humanos*. Madrid, Editorial Diles, SL., 1999
- GARCIA, F. *Introducción: Vejez, envejecimiento e historia. La edad como objeto de investigación*. En: *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*. Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2005. Pág. 23.
- GARCIA, JC. *El grito de los olvidados*. México, Plaza y Valdés. pág. 41
- GARCÍA GONZÁLEZ, JM. *La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009*. Madrid, CIS- Centro de Investigaciones Sociológicas, 2015.
- GOLDSCHMIDT, W. *Introducción filosófica al derecho: la teoría trialista del mundo jurídico y sus horizontes*. Buenos Aires. Ediciones Depalma, 1987.
- GÓMEZ ADANERO, M. GÓMEZ GARCIA, JA. *Teorías Contemporáneas de la Justicia (II). Los modelos Procedimentalistas: John Rawls*. En: GÓMEZ ADANERO M . GÓMEZ GARCÍA JA. MUINELO COBO JC. MUÑOZ DE BAENA SIMÓN JL. «Filosofía del Derecho». Madrid, Editorial UNED, 2014.
- Tema XXXV*. En: DE CASTRO CID, B. (COORD.) «Problemas básicos de Filosofía del Derecho: desarrollo sistemático». Madrid, Editorial Universitas S.A., 1994.
- GONZÁLEZ BARÓN, M. GONZÁLEZ MONTALVO, JI. FELIÚ BATLLE, J. *Cáncer en el anciano*. Masson, S.A. Barcelona, 2001: 347.
- GONZALEZ R. ARNAIZ, G. Estudio introductorio. *Bioética: Saber y preocupación*. En JUNQUERA DE ESTEFANI, R. (Dir.) «Bioética y Bioderecho. Reflexiones Jurídicas ante los retos bioéticos». Granada, Comares, 2008. p.20.
- GRACIA, D. *Historia de la vejez*. En Gafo, J (Ed) «Ética y ancianidad». Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1995. p. 25.

- GRACIÁN, B. *El Criticón tercera parte: el invierno de la vejez*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2002.
- GUTMAN, G. SPENCER, CH. *Aging, Ageism and Abuse: Moving from Awareness to Action*. Burlington (USA), Elsevier, 2010;
- HABERMAS, J. *La constelación posnacional*. Madrid, Paidós. 2000.
- HERRERA CARRANZA, J. *Manual de farmacia clínica y Atención Farmacéutica*. Elsevier España, Barcelona, 2003: p. 195.
- HIDALGO, A (Coord.) *Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud*. Madrid, Fundación Pfizer, 2011. Disponible en: <https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/LibroPautas.pdf>
- HISERN, J. *La filosofía médica reinante. Examen crítico de sus fundamentos teóricos y prácticos, y principios generales de sus reformas útiles a la humanidad, a la ciencia y al arte médicas*. Discurso pronunciado en la solemne inauguración de las sesiones literarias y científicas de la Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la nueva. El día 20 de Enero de 1848. p. 242.
- ILLICH, I. *Némesis médica*. La expropiación de la salud. Barcelona, Barral Editores, 1975.
- ISLA CASADO, D. *Cáncer de pulmón microcitico*. Arán Ediciones. Madrid, 2006.p. 98.
- JAUREGUI, Gurutz. *Derechos Individuales versus derechos colectivos. Una realidad inescindible*. En ANSUATEGUI ROIG, Francisco Javier (Ed.). «Una discusión sobre derechos colectivos». Madrid, Editorial Dykinson, 2002. pág. 57.
- JUNQUERA DE ESTEFANI, R. *El paciente y su capacidad de decidir en el ordenamiento Español*. En: JUNQUERA DE ESTEFANI, R. (Dir.) «Bioética y

- Bioderecho. Reflexiones Jurídicas ante los retos bioéticos». Comares. Granada: 2008. p.130.
- KART, CS. METRESS, EM. *Human Aging and Chronic Disease*. Jones and Bartlett Publishers Sudbury, Massachusetts. 1992. p. 12
- KIRKWOOD, T. *El fin del envejecimiento. Ciencia y longevidad*. Barcelona, Tusquets Editores, 2000. p. 33.
- LAPORTE, JR. *Principios básicos de Investigación Clínica*. AstraZeneca. Barcelona 2001. p. 66.
- LEMA AÑÓN, C. *Historia y concepto del derecho a la salud*. En «Salud, justicia y derechos. El derecho a la salud como derecho social». Madrid, Dykinson, 2010.
- LEON-DUFOUR, X. *Diccionario del Nuevo Testamento*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2002. p. 127.
- LEVIN, J. LEVIN, WC. *Ageism: Prejudice and discrimination against the elderly*. Belmont, C.A., Wadsworth. 1980.
- LEWIS-WILLIAMS, D. PEARCE, D. *Dentro de la mente neolítica: Conciencia, cosmos y el mundo de los dioses*. Madrid, Akal, 2010. p. 20.
- LÓPEZ-NAVIDAD, A. KULISEVSKY, J. CABALLERO, F. *El donante de órganos y tejidos*. Springer Iberica. Barcelona, 1997: 334.
- LÓPEZ MORATALLA, N. *Ética de la investigación científica*. En LÓPEZ MORATALLA (Edit.) «Deontología Biológica». Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra. 1987. En <http://www.unav.es/cdb/dbcapo13c.html>
- MACCHIONE, C. *Abusi contro gli anziani*. Catanzaro. Italia, Rubbettino. 2006. Pág. 100.

- MAQUEIRA, V. (ed). *Mujeres, Globalización y Derechos Humanos*. Ediciones Cátedra. Madrid. 2006. p.192.
- MARCOS DE CANO, AM. *La Eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*. Madrid, Marcial Pons, Ediciones jurídicas y sociales S.A., 1999. p.15.
- MARFANY, G. SOLEY, M. *¿Por qué envejecemos? La respuesta de la ciencia a una vieja preocupación humana*. Barcelona, Universitat de Barcelona, 2012. p. 21.
- MARTÍN URANGA, AMELIA. *La protección jurídica de las innovaciones tecnológicas. Especial consideración de su protección penal*. Bilbao-Granada, Publicaciones de la Cátedra Interuniversitaria, Fundación BBVA- Diputación Foral de Bizcaia de Derecho y Genoma Humano y Editorial Comares.. 2003. p. 33.
- MARTIN, Claudia y RODRÍGUEZ-PINZON, Diego. *El estatus Internacional de los derechos humanos de los Ancianos*. En MARTIN, C. RODRIGUEZ-PINZON, D. GUEVARA, J. (Comp.) «Derecho Internacional de los derechos Humanos». México, Universidad Iberoamericana, Distribuciones Fontamara, 2006.
- MARTIN, AV. *Envejecimiento, sociedad y Salud*. Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.
- MARTINEZ MAROTO, A. *La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. En: DE LA TORRE, J. PEREZ, J (Eds.) «Autonomía personal y atención a la dependencia». Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 2009. p. 47-49.
- MARTINEZ MORÁN, Narciso. *Los derechos humanos entre la utopía y la realidad*. En Utopía y Realidad de los Derechos Humanos en el cincuenta aniversario de su Declaración Universal. Madrid, Estudios de la UNED, 1999.

- *Los medios de protección*. En DE CASTRO CID, B. (Coord.) «Introducción al estudio de los derechos Humanos». Madrid, Editorial Universitas S.A., 2003 p. 338.

- *Persona, Dignidad Humana e Investigaciones Biomédicas* En AA.VV., «Biotecnología, Derecho y dignidad humana». Granada, Comares, 2003. p. 42

- “*Naturaleza y caracteres de los derechos*”, en DE CASTRO CID Benito, *Introducción al estudio de los Derechos Humanos*. Editorial Universitas, Madrid, 2003.

- *Ámbitos de reconocimiento y protección de los Derechos Humanos*, en DE CASTRO CID Benito, *Introducción al estudio de los Derechos Humanos*. Editorial Universitas, Madrid, 2003, pgs.183-240.

MARTÍNEZ PIÉDROLA, RM. MIANGOLARRA PAGE, JC. *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer: Formación y asistencia*. Editorial Ramón Areces, Madrid. 2006. p. 144.

MCCANN, RM. *Discriminación laboral por razones de edad*. Barcelona, Editorial UOC, 2012.

MERCADER, JR. *Bases para la construcción del juicio de no discriminación por razón de edad*. En: MERCADER, JR (dir). «Trabajadores maduros. Un análisis multidisciplinar de la repercusión en el ámbito social» (e-book). Valladolid, Lex Nova, 1 oct. 2009. p.24.

MILLER, CA. *Nursing for wellness in older adults*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins,. 2008. p. 5.

MINOIS, G. *Historia de la vejez. De la antigüedad al Renacimiento*. Madrid, Nerea. 1989.



- MONEREO, JL. *Ciudadanía y derechos de las Personas Mayores*. Granada, Comares, 2013. p. 135.
- MONTAÑES, J. LATORRE, JM. *Psicología de la Vejez (Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento)* Albacete, Colección Humanidades. Universidad de Castilla-La Mancha, 2003. p. 24.
- MONTERO, F. MORLANS, M. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona, Fundación Doctor Rubert. UAB, 2009. Pág. 91.
- MORAGAS, R. *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, HERDER, 2004. p. 203.
- MORATALLA, D. *Ética y ancianidad: Entre la tutela y el respeto*. En GAFO, J. (editor) «Ética y ancianidad». Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1995. p. 90.
- MOTA ARENAL, R. *Envejecimiento y apoyo social: La Trama recíproca*. En: DE LA TORRE, J y PEREZ, J (Eds.) «Autonomía personal y atención a la dependencia». Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 2009. p. 25.
- Los Rostros de la Feminización de la pobreza: Las mujeres Mayores*. En GARCIA-MINA, A. CARRASCO, MJ (Eds.) «Género y Desigualdad: “La feminización de la pobreza”». Madrid, Universidad Pontificia-Comillas, 2004. p. 193.
- MUNTAÑOLA, E. *Antropología de las edades*. En: GARCIA, F. (Coord.) «Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI». Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2005. Pág. 220.
- NELSON, T. *Ageism. Stereotyping and prejudice older persons*. London: A Bradford book. MIT Press.2002.

ORTE SOCIAS, C (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid, Dykinson, 2006. p. 38.

ORTEGA, F. *El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid, Editorial CSIC - CSIC Press, 2010. p.200

OSSET HERNÁNDEZ, M. *Ingeniería Genética y Derechos Humanos: Legislación y ética ante el reto de los avances biotecnológicos*. Icaria Editorial. Barcelona, 2001.p. 35.

PALMORE, E B. *Ageism: Negative and positive*. Volume 25. New York, Springer. Series on Adulthood and Aging, 1990;

PECES BARBA, G. *Los valores superiores*. Madrid, Tecnos, 1986, p. 163.

*-Derechos humanos e investigación Clínica*. Prólogo a BAKKE, OLAV M. CARNÉ CLADELLAS, XAVIER. GARCIA ALONSO, FERNANDO. «Ensayos clínicos con medicamentos. Fundamentos básicos, metodología y práctica». Mosby / Doyma libros. Madrid 1995

PÉREZ BUENO, LC. *La recepción de la Convención de la ONU en el ordenamiento jurídico español: Ajustes necesarios*. En: «Discapacidad, Derecho y Políticas de Inclusión». Ediciones Cinca. Madrid: 2010.p. 54.

PÉREZ LUÑO, AE. *Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitución*. Madrid, Tecnos, 1995. pág.27.

*-Diez tesis sobre la titularidad de los derechos humanos*. En ANSUATEGUI ROIG, Francisco Javier (Ed.). op. cit. p. 266.

PEREZ MELERO, A. *La edad avanzada como criterio de exclusión en la asistencia sanitaria*. En GAFO, J. «Ética y ancianidad». Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1995. p. 100.

- PERIANES LOZANO, A. ALIA RAMOS, MJ. *Medidas legales de prevención y protección en caso de malos tratos de mayores*. En GANZENMÜLLER, C. SÁNCHEZ CARAZO, C. (Dir). «Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso». Madrid, Consejo General del Poder Judicial, 2009.
- PLATÓN. *Las Leyes*. Libro tercero. Obras completas de Platón, tomo 9, Madrid, Medina y Navarro, 1872. p. 189.
- PORTERA, A. *Envejecimiento En El Siglo XXI*. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1993. p. 35.
- RAMOS, M. *Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades*. En MAQUIEIRA, V: (ed.) «Mujeres, Globalización y Derechos Humanos». Madrid, Ediciones Cátedra, 2006. p. 195.
- RAWLS, J. *Teoría de la Justicia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1991.p.22.
- RIBERA CASADO, JM. *Problemas éticos más frecuentes en atención primaria*. En: Ribera Casado, JM. Cruz Jentoft, AJ (Edit.).«Geriatría en Atención Primaria». Barcelona, Uriach & Cia, 1997. p. 411.
- ROCA TRIAS, E. *La función del Derecho para la protección de la persona ante la biomedicina y la biotecnología*, en ROMEO CASABONA, CM (Coord.) «Derecho biomédico y bioética. Granada» Granada, Comares,1998. p. 175.
- RODRIGUEZ, J. *La vejez como problema y como riqueza: El anciano en la historia*. En: BERÁSTEGUI, A. GÓMEZ, B. (Coord.). «Horizontes de la familia ante el S. XXI: Reflexiones con motivo del XXV aniversario del Instituto Universitario de la Familia». Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2011: 184.
- RODRIGUEZ, M. URBANOS, R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona, Elsevier España, 2008. p.3.

- RODRIGUEZ, S. *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1989. p.10.
- RODRIGUEZ ROVIRA, E. *Salud y personas mayores: La discriminación sanitaria del mayor*. Santander, CANTABRIA ACADEMICA nº 194. Academia de Medicina de Cantabria. Diciembre 2004.
- ROSENTHAL, R. (edit.) *Women, Aging, and Ageism*. New York (USA), The Haworth Press, 2014.
- ROSSANO, P. RAVASI, G. GIRLANDA, A. (Dir.) *Nuevo Diccionario de Teología Bíblica*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1990. p. 104.
- SAGRERA, M. *El edadismo, contra “jóvenes” y “viejos”. La discriminación universal*, Madrid, Fundamentos, 1992.
- SALVAREZZA, L. (comp.). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires (Argentina), Paídos, 1998. p. 105.
- SAMPRÓN LÓPEZ, D. *Los derechos del paciente a través de la información y la historia clínica*. Madrid, Edisofer, 2002. p. 19.
- SÁNCHEZ CARO, J. SÁNCHEZ CARO, J. *El consentimiento informado en Psiquiatría*. Madrid, Díaz de Santos, 2003. p. 32.
- SÁNCHEZ DE LA TORRE, A. (Edit.) *La capacidad jurídica*. Madrid, Dykinson, 2006. p. 162.
- SÁNCHEZ IZQUIERDO, M. *Cuidados de larga duración y dependencia*. En: DE LA TORRE, J: (Edit.) «Bioética y Ancianidad en una sociedad en cambio». Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2015. p.137.

- SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MO. SOLAR CAYÓN, JI. *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad...* Madrid, Dykinson, 2015.
- SEMPERE NAVARRO, A. *Situación jurídica de los trabajadores de Edad avanzada*. En SÁNCHEZ VERA, P. (ed.) «Sociedad y población anciana». Murcia, Secretariado de Publicaciones. Universidad de Murcia, 1993. pág. 205.
- SKRABANEK, P. *La muerte de la medicina con rostro humano*. Díaz de Santos. Madrid, 1999. p.3.
- STREHLER BL. *Time, cells and aging*. 2nd ed. New York, Academic Press, 1977.
- SUÁREZ ALVAREZ, JR. *Medicina intensiva geriátrica proporcionada*. En GÓMEZ RUBÍ, JA.. ABIZANDA CAMPOS, R. (Coord.). «Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico». Edikamed. 1998. Barcelona.
- UHLENBURG, P. HAMIL-LUKER, J. *Age Discrimination*. En «Encyclopedia of Aging». EKERDT, DJ. New York Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002. p. 28.
- VALLVÉ, C. *Normas de buena práctica clínica*. En LAPORTE, JOAN RAMÓN. «Principios básicos de Investigación Clínica». Barcelona, AstraZeneca, 2001. p. 55
- VELEZ CORREA, LA. *Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte*. Medellín (Colombia), Corporación para investigaciones biológicas, 2004. p. 264
- VICENTE, T. *La exigibilidad de los derechos sociales*. Valencia, Universitat de València, 2006. p. 43.
- VVAA. *Manual de Geriatria*. Masson SA, Barcelona, 2002. p. 602.

VVAA. *Velhice, Envelhecimento, Complex(idade)*. Sao Paulo (Brasil), VETOR, 2005.

ZURITA MARTIN, I. *Protección civil de la ancianidad*. Madrid, Editorial Dykinson, 2004. pág.16.

## **REVISTAS**

ANISIMOV VN. *Investigación experimental sobre envejecimiento: del falso conocimiento a la verdadera ignorancia*. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2004;39(5):320-8.

ANÓNIMO. *Ageism robs older people of end-of-life dignity, says new study*. Nursing Older People, Jul2005, Vol. 17 Issue 5, p4, 1p.

ALCÁNTARA, G. *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinarietàad*. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>.

ALONSO PULPÓN, L et alt. *Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Trasplante cardíaco y de corazón-pulmones*. Revista Española de Cardiología. 1999; 52:821-39. - Vol. 52 Núm.10. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/192/>  
*-Aspectos organizativos contemporáneos del trasplante cardíaco: visión del clínico*. Revista Española de Cardiología Supl. 2015;15(B):21-6. - Vol. 15 Núm. Supl.B DOI: 10.1016/S1131-3587(15)30004-2. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/aspectos-organizativos-contemporaneos-del-trasplante/articulo/90407027/#bib3>.

ÁLVAREZ DEL CUVILLO, A. *Derechos Fundamentales en la Relación de Trabajo Tema 2. Cuestiones generales sobre discriminación*. Curso 2013-2014. Cádiz. Universidad de Cádiz. Disponible en: <https://ocw.uca.es/mod/resource/view.php?id=2238>.

AMICO, LC. *Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la deconstrucción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad*. Revista Margen - Edición digital. N° 55 - septiembre 2009. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen55/amico.pdf>

BAND-WINTERSTEIN, T. *Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect*. Journal Appl. Gerontologist. 2015 Apr;34(3):NP113-27.

BAZO, MT. *Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España*. Revista Española Geriatria y Gerontología 2001;36(1):8-14.

BARROS, J. *Nuevas tendencias de la medicalización*. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2009 . Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=en&nrm=iso).

BAYER A, TADD W. *Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study*. BMJ. 2000 Oct 21;321(7267):992-3.

BENATAR S. *Ética de la investigación en los países en vías de desarrollo*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas ESTÁNDARES ÉTICOS Y CIENTÍFICOS EN LA INVESTIGACIÓN - N.º 2 - (2000) Barcelona. p. 33

BIJARRO HERNANDEZ, F. MENDIOLA INFANTE, SV. *La vejez: una discriminación múltiple*. BIBLIOTECA VIRTUAL de Derecho, Economía y Ciencias Sociales. (Documento Web) Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2009a/489/UNA%20TRIPLE%20DISCRIMINA>

CION%20ANCIANIDAD%20POBREZA%20Y%20ESTILO%20DE%20VIDA%20SEXUAL.htm.

BLASCO PATIÑO, F. MARTÍNEZ LÓPEZ DE LETONA J. VILLARES P. JIMÉNEZ AI. *El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–N.º 6-2005.

BOITTE, P. *El envejecimiento: oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades*. Acta bioeth., Santiago, v. 7, n. 1, 2001. Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726569X2001000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2001000100002&lng=es&nrm=iso)>.

BONITA, R. *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra, OMS, 1998.

BOVER BOVER, A. Et.al.. *El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y estrategias de intervención*. Aten. Primaria, 2003; 32 (9):541-51.

BOWLING, A. *Ageism in cardiology*. British Medical Journal. 1999;319;1353-1355.

BRANDL, B. *Assessing for Abuse in Later Life*. Madison, WI., National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2004.

*-Domestic abuse in later life*. National Center on Elder Abuse, Washington, DC: 2002.

BRUBAKER, TH. POWERS, EA. *The stereotype of « old » : A review and alternative approach*. Journal of Gerontology, 31, 441-447. 1976 y LUTSKY, NS., *Attitudes toward Old Age and Elderly Persons*. Annual Review of Gerontology, 1, 287-336. 1980



- BUGEJA G, KUMAR A, BANERJEE AK. *Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports*. Britihs Medical Journal. 1997 Oct 25;315(7115):1059.
- BUTLER, R. N. (1969). *Ageism: Another form of bigotry*. The Gerontologist, 9, 243-246.
- BYTHEWAY, BILL. *Ageism and Age Categorization*. Journal of Social Issues. Volume 61, Issue 2, pages 361–374, June 2005.
- CABALLERO, F. *La Teoría de la Justicia de John Rawls*. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. I, núm. II, 2006, pp. 1-22. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211015573007>.
- CAMPS, V. *La vejez como oportunidad*. Monografías HUMANITAS. Fundación Medicina y Humanidades médicas. Barcelona. 2003. p. 99.
- CARBAJO VÉLEZ, MC.:
- “*Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante*”, en *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 24, 2009. (Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>
  - *La historia de la vejez*. Ensayos. (18); 2008: pags. 237-254. Disponible en: [http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23\\_12.pdf](http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_12.pdf).
- CARNES, BA. OLSHANSKY, S. GRAHN, D. *Biological evidence for limits to the duration of life*. Biogerontology 4: 31–45, 2003.
- CASADO MARÍN, D. *Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades*. Gaceta Sanitaria 2000; 15 (2): 154-163.
- CASALENTI, T. et. al. *Ageism and Feminism: From “Et Cetera” to Center Ageism and Feminism*. NWSA Journal, Vol. 18 No. 1 (Spring) 2006.

CASAS ZAMORA, JA. *Los Retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos*. En LOLAS STEPKE, F. (Editor) «Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.» Santiago de Chile:2000. Disponible en: <http://www.fri.bioetica.org/bibliografia/lolas2.pdf#page=51> Con acceso el 12/03/2012

CASTELLANO ARROYO, M. VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Aspectos médico-legales de la vejez*. Ciencia forense: Revista aragonesa de medicina legal, Nº 3, 2001: págs. 23-40.

CASTELLS, X. MERCADÉ, LL. RIU, M. C. *Envejecimiento y utilización hospitalaria*. "INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública". Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap23.pdf>

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOMA). *La discriminación sanitaria de las personas mayores*. CEOMA 2005. Madrid.

CERECEDO, MJ. TOVAR, M. ROZADILLA, A. *Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?* Atención Primaria. 2013; 45 (10):536-540.

COBREROS MENDAZONA; E. *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud*. Instituto Vasco de Administración Pública. Bilbao. 1988. p. 202.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) EN COLABORACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Ginebra, OMS, 2002.

CRIVELLARI, D. AAPRO, M. LEONARD, R. VON MINCKWITZ, G. BRAIN, E. GOLDBIRSCH, A. et al. *Breast cancer in the elderly*. Journal of Clinical Oncology. 2005;25:1882-90.

- CRUZ JENTOFT; AJ. *Prioridades en la investigación en Gerontología: una visión personal*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2001; 36 (S3): 26-27.
- CUTLER, STEPHEN F. *Ageism and Technology*. Generations. Fall 2005 (vol. 29, no. 3).
- DABOVE, I. *Ciudadanía y Derechos Fundamentales de las personas mayores: de las políticas gerontológicas al derecho de la Vejez*. Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Vol. IV. Nº1 serie II (2013) 19-36.
- DALAL, H. EVANS, PH, CAMPBELL, JL, *Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction*. BMJ 2004;328:693-697 (20 March), doi:10.1136/bmj.328.7441.693
- DEFENSOR DEL PUEBLO. *La atención socio-sanitaria en España: perspectiva Gerontológica y otros Aspectos conexos*. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. Madrid. 2000. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/defensor-atencion-01.pdf>
- DELGADO, M. *La construcción social de la vejez*. REVISTA JANO. Miércoles 30 Abril 2003. Volumen 64 - Número 1474 p. 12 – 17.
- DOBBS, DEBRA et al. “*An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living*.” The Gerontologist 48.4 (2008): 517–526.
- EBRAHIM, SHAH. KALACHE, ALEX. *Epidemiology in old age*. BMJ Publishing Group. London. 1996. p. 68.

- ESTRELLA JD, et al. *Discriminación por edad en los tratamientos oncológicos de ancianos con cáncer de colon y mama. Estudio de casos y controles*. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2005; 40 (2):78-84.
- FELIU, J. GONZÁLEZ-MONTALVO, JI. *Controversias en el manejo del cáncer de mama en mujeres de edad muy avanzada*. Revista Española Geriátría y Gerontología. 2012;47(5):191–192.
- FERNANDEZ, C. *La exigibilidad de los derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Revista de Derecho de la UNED, núm. 11, 2012.
- FLICK U, GARMS-HOMOLOVÁ V, RÖHNSCH G. "And mostly they have a need for sleeping pills": physicians' views on treatment of sleep disorders with drugs in nursing homes. Journal Aging Studies. 2012 Dec;26(4):484-94.
- FORMAN, DE. CANNON, CP. HERNANDEZ, AF. LIANG, L. YANCY, C. FONAROW, GC. *Influence of age on the management of heart failure: Findings from Get With theGuidelines-Heart Failure (GWTG-HF)*. American Heart Journal. 2009;157:1010–7.50/
- FREDMAN, S . «Un double problème: la discrimination multiple et la législation de l'Union européenne», Revue du droit européen relatif à la non-discrimination, n° 2, p. 14. 2005.
- GARCÍA ALHAMBRA, MA. *Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria*. Revista Española de Geriátría Gerontológica. 2012;47(1):3–4.
- GARCIA CASTELO, A. MUÑIZ GARCÍA, J. SESMA SANCHEZ, P. CASTRO BEIRAS, A. *Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca: influencia del servicio de ingreso (estudio INCARGAL)*. Revista Española Cardiología 2003; 56 (1): 49-56

GARCÍA FÉREZ, J. “*Bioética y Personas Mayores*”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>.

GAVILÁN-MORAL, E. et al. *Ancianos frágiles polimedcados: ¿ es la deprescripción de medicamentos la salida?* Revista Española Geriatría Gerontología. 2012;47(4):162–167.

- *Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones.* Formación Médica Continuada. 2013;20(1):22-6 23.

GODLOVITCH G. *Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks.* Monash Bioeth Rev. 2003 Jul;22(3):66-77.

GÓMEZ PAVÓN, J. *¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad?* JANO extra abril 2003. VOL. LXIV N.º 1. p.474.

GONZÁLEZ MORO, A. RODRÍGUEZ RIVERA, L. *Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica.* GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2. 2006.

GONZALEZ ORTEGA, S. *La discriminación por razón de edad.* TEMAS LABORALES. Nº 59/01. pp. 93-124.

GRAY, A. *Population Ageing and Health Care Expenditure.* AGEING HORIZONS Issue No. 2, 15–20 . Disponible en: <http://www.ageing.ox.ac.uk/download/15> ;

GROSMAN, Cecilia y HERRERA, M. *Una intersección compleja: Ancianidad, abuelidad y Derecho de Familia.* En Oñati Socio-Legal Series, v. 1, n. 8 (2011)

– Ancianidad, derechos humanos y calidad de vida.

HARRIS, J. *Justice and Equal Opportunities in Health Care.* Bioethics, Volume 13, Number 5, October 1999, pp. 392-404 Blackwell Publishing. Oxford. 1999

– *The age-indifference principle and equality*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 14(1), 93-9. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/201350510?accountid=14609>

HERNÁNDEZ, V. et al. *Infrautilización de la anticoagulación oral en el paciente octogenario con fibrilación auricular: perspectiva desde la práctica clínica real* Revista Colombiana Cardiología. 2015;22(5):231-234.

HERNÁNDEZ RAMÍREZ, M. *Propuesta de Enfermería para una Vida sin Abuso, Maltrato o Abandono hacia el Adulto Mayor*. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 13 N° 9 Octubre, 2005.

HERNANDO, A. *Una crítica feminista a la Ley de Dependencia*. Viento sur: Por una izquierda alternativa, N°. 88, 2006, págs. 89-95. Consultado en: <http://www.vientosur.info/articulosabiertos/vientosur88-LeydeCuidados-AnaHernando.pdf>.

HIDALGO LEVI, A. *Trabajo Social en el ámbito de La Ley de Dependencia. Reflexiones y Sugerencias*. Netbiblo. A Coruña: 2010

HUENCHUAN, S. *Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Módulo Los derechos de las personas mayores*. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2011.

*-Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento*. En HUENCHUAN, Sandra (Editora). Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. Naciones Unidas. CEPAL. México: 2012. Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico\\_completo.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico_completo.pdf)

*-Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina.* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL) Serie población y desarrollo. Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2004.

*-Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2013.

ILLICH I. *L'obsession de la santé parfaite.* Le Monde Diplomatique. 1999. Disponible en: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>.

JIMENEZ, P. JIMENEZ-POYATO, I. *Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores.* Revista Española de Geriátría y Gerontología Vol. 38. Núm. 01. Enero 2003. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-algunos-aspectos-legales-sobre-el-13045776>.

JIMENEZ DE PARGA, M. *El derecho Constitucional a la protección de la salud.* En: «La Salud como Valor Constitucional y sus Garantías. Desarrollo y evolución del art. 43 de la Constitución Española». Madrid, Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, 2004. p. 11.

KEMELMAJER, Aida. *Las Personas ancianas en la Jurisprudencia Argentina. ¿Hacia un derecho de la ancianidad?* Revista chilena de derecho, 33(1), 37-68. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-34372006000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372006000100004&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-34372006000100004.

LOEWY, EH. *Age Discrimination at its Best: Should Chronological Age be a Prime Factor in Medical Decision Making?* Health Care Analysis, Vol. 13, No. 2, June 2005

LOLAS STEPKE, F. *Las dimensiones bioéticas de la vejez.* Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS . Acta Bioethica 2001; año VII, nº 1.

- LOPEZ CASASNOVAS, G. *La ley de Autonomía y Dependencia. Un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura*. Fundación Caser. Centre de Recerca en Economia y Salut-CRES. Barcelona: 2001. Disponible en: [http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110301\\_002.pdf](http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110301_002.pdf)
- LÓPEZ-DÓRIGA, P. NEIRA ÁLVAREZ, M.MANSILLA LAGUÍA, S. *Ensayos clínicos en el anciano*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(2):100.
- LOPEZ-MESSA, JB. *Envejecimiento y Medicina Intensiva*. Med. Intensiva, 2005; 29(9); 469-74.
- LOPEZ-OTÍN, C. BLASCO, MA. LINDA PARTRIDGE, L. SERRANO, M, KROEMER, G. *The Hallmarks of Aging*. Cell 153, June 6, 2013.
- LOSADA BALTAR, A. “*Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 14. 2004. Disponible em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/losada-edadismo-01.pdf>
- LOUSADA AROCHENA, JF. *La prueba de la discriminación en el Derecho Comunitario*. Revista de Derecho Social nº 60 (2012).
- LOUSE BERGER. *Cuidados de enfermagem em gerontología*. In BERGER, L. MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 9-8-7. p. 11-19.
- LUPIEN, SJ. WAN, N. *Successful ageing: from cell to self*. Phil. Trans. R. Soc. Lond. B (2004) 359, 1413–1426.
- MCMURDO, ME. WITHAM, MD. GILLESPIE, ND. *Including older people in clinical research*. BMJ, Nov 2005; 331: 1036 - 1037.



- MACNICOL, J. *Ageism and Age Discrimination: Some Analytical Issues*. London, The International Longevity Centre - UK (ILCUK), August 2010.
- MAGLIO, F. *Ética médica frente al paciente crítico*. ALCMEON 17. Nº2 –1996  
[http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17\\_05.htm](http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_05.htm)
- MAHILLO RAMOS E. *Aplicación del Real Decreto 223/2004 de ensayos clínicos con medicamentos: Punto de vista de la investigación independiente*. Investigación Clínica Farmacológica 2004, Vol 1 (3): 35-38.
- MARIN CALLE, N. *Estigmas de gerontofobia: prejuicios y estereotipos que influyen negativamente en el pronóstico*. Publicación Oficial de la sociedad andaluza de Geriatria y Gerontología. II, 2004, p 3-4.
- MÁRQUEZ, S Y MENEU, R. *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 5, número 3, Verano de 2003. p. 47.
- MARTÍN FJ, HERRERO P, LLORENS SORIANO P, GIL V. *Epidemiology of heart failure inSpain: Toward a more global perspective*. Revista Española Cardiología. 2009;62:334–5.5/
- MARTÍN-SÁNCHEZ, FJ. et al. *Mensajes clave para la atención inicial del anciano con insuficiencia cardiaca aguda*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2015;50(4):185–194.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. *“El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española”*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 40. 2005. Disponible en:  
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>
- MARTÍNEZ ORTEGA, MP. POLO LUQUE, ML. CARRASCO FERNÁNDEZ, B. *“Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media”*. Cultura de los cuidados. Año VI, n. 11 (1º. semestre 2002). pp. 40-46.

- MARTÍNEZ QUES, AA; VÁZQUEZ CAMPO, M. *La investigación y la discriminación por edad. La exclusión de ancianos de los ensayos clínicos. Ética de los Cuidados*. 2010 jul-dic; 3(6). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n6/et0601.php>
- MEDVEDEV ZA. *An attempt at a rational classification of theories of ageing*. Biological Reviews. 1990;65:375-398.
- MELERO MARCO, J., BUZ DELGADO, J. (2002). “*Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes*”. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 9. [Fecha de publicación: 18/05/2005]. Disponible en:
- MIQUEL, J. *Integración de teorías del envejecimiento (parte I)*. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2006;41:55-63.
- MOLINA-GARRIDO MJ, GUILLÉN-PONCE C. *Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario*. Revista Española Geriatría Gerontológica. 2011, doi:10.1016/j.regg.2011.06.0070.
- MONTES, B. *Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio*. Jaén, Iniciación a la Investigación Revista electrónica, Universidad de Jaén, Núm. 3 (2008). Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/viewFile/202/183>
- MONTORIO, I. IZAL, M. SÁNCHEZ, M. LOSADA, A. *Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple*. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2002;12(2):61-71.
- MORALES, ME. *Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI. Un enfoque politológico*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS . Acta Bioethica 2001; año VII, nº 1. p. 84.

- MORALES-OLIVAS, FJ. *Investigación en envejecimiento. Aspectos relacionados con el uso de medicamentos*. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2001; 36(53): 31-32.
- MOYA, A. BARBERO, J. (coord.) *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005;
- NAVARRO, F. *Lenguaje médico: el rayo neológico que no cesa*. Medicina Clínica. Vol. 122. Núm. 11. 27 Marzo 2004.
- OMS. GRUPO ORGÁNICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD MENTAL. *Envejecimiento activo: un marco político*. Rev. Esp. Gerontolol 2002; 37 (52):74-105.
- OMS. *Salud y ausencia de discriminación*. Documento de la OMS para la Conferencia mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas Intolerancia WHO/SDE/HDE/HHR/01.2 Organización Mundial de la Salud. 2001
- Salud y envejecimiento*. Un documento para el debate'. IMSERSO. 2001.
- OUTOMURO, DELIA. *Algunos Dilemas Bioéticos en torno a la vejez*. Ars Médica. Vol. 8, nº 8.  
En <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica8/Art05.html>
- QUIROGA MÉNDEZ, P. *El maltrato a los ancianos paso siguiente a la discriminación a los mayores*. Ponencia del VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que se celebró bajo el lema "Discriminación por edad". CEOMA. Madrid. 2005
- PALOMAR; R et alt. *Influencia de la edad del receptor en la evolución del trasplante renal*. NEFROLOGÍA. Vol.. XXI. Núm. 4. 2001.

PANEQUE SOSA, Miguel. *La protección de los derechos de las personas mayores en España por los defensores del pueblo*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 79. 2008

PÁRAMO JA. *Nuevos anticoagulantes orales: el dilema de la anticoagulación en el anciano*. Medicina Clínica (Barc). 2013;141(8):346---8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-medicina-clinica-2-articulo-nuevos-anticoagulantes-orales-el-dilema-90232517>.

PARDO, G. *Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento*. Rev Cubana Invest Bioméd, Ciudad de la Habana, v. 22, n. 1, marzo 2003 . Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&nrm=iso)>

PATHY, J. *Calidad de vida y cuidado del anciano: ¿hemos avanzado en el último medio siglo?* Monografías HUMANITAS. Fundación Medicina y Humanidades médicas. Barcelona.2003. p. 84

PECES-BARBA, G. *La universalidad de los Derechos Humanos*. Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho. Núm. 15-16, 1994. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-universalidad-de-los-derechos-humanos-0/>

PEIRÓ ANDRÉS, A. SIERRA TALAMANTES, C. MUÑOZ IZQUIERDO; A. et alt. *La demora en la aplicación del tratamiento del infarto agudo de miocardio. Estudio por sexos*. Enferm Cardiol. Año XII: (34): 25-28. 2005

PELÁEZ, M. FERRER, M. *Salud Pública y los derechos humanos de los adultos mayores*. Acta Bioética, 2001; año VII, nº1.

PEREIRA, G. *Justicia distributiva, responsabilidad y compensación*. ISEGORÍA/27 (2002) pp. 225-237.

PEREZ, V. SIERRA, F. *Biología del envejecimiento*. Rev. méd. Chile, Santiago , v. 137, n. 2, p. 296-302, feb. 2009 . Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000200017&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200017&lng=es&nrm=iso)>.

PINILLA FERNÁNDEZ-CASTAÑÓN, M. CIELOS CORTÉS, MJ. *Maltrato al anciano con demencia*. GEROSAGG 2004; Vol. 2 Num.1.

PINILLA PALLEJÀ, R. BGOERLICH GISBERT, FJ. MATILLA GARCÍA, M. *Potencial de vida, esperanza de vida y envejecimiento como componentes en la teoría del capital humano*. Evolución en España (1900-1998). XXIV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD El Escorial. 26, 27 y 28 mayo, 2004. Disponible en: <http://www.fgcasal.org/aes/docs/pinillagoerlichmatilla1.pdf>

PUIJALON, B. *Autonomía y vejez: un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica*. En VVAA. «Autonomía y dependencia en la vejez». Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas. Cuaderno 16. Disponible en: [http://www.fundaciogrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/\\_/\\_/37ev/16-Autonomia-y-dependencia-en-la-vejez.html](http://www.fundaciogrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/_/_/37ev/16-Autonomia-y-dependencia-en-la-vejez.html)

RAMOS CORDERO, P. et al *.Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2015;50(1):35–38.

REGATO PAJARES P. *A propósito del «envejecimiento activo» y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer*. Atención Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 77-79.

REY MARTINEZ, F. GIMENEZ GLÜCK, D. *Por la diversidad, Contra la discriminación. La igualdad de trato en España: Hechos, Garantías, Perspectivas*. Madrid, Fundación IDEAS, 2010. p. 36.

- *La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo*. Revista española de derecho constitucional. 2008: 28 (84), pp. 251-283

RIBERA CASADO, JM. *Dignidad de la persona mayor*. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2015;50(4):195–199.

RIPPON, I. KNEALE, D. DE OLIVEIRA, C. DEMAKAKOS, P. STEPTOE, A. *Perceived age discrimination in older adults*. Age Ageing (2014) 43 (3): 379-386 first published online September 26, 2013 doi:10.1093/ageing/aft146.

RIVAS VALLEJO. P. *Trabajadoras con enfermedades crónicas y discriminación múltiple*. Revista de Derecho Social - Núm. 54, Abril 2011.

RODRÍGUEZ-RICO, V. *La asistencia sanitaria en la Constitución Española*. 31 Jornadas Universitarias andaluzas de derecho del trabajo y relaciones laborales. Cádiz, 13 y 14 de diciembre de 2012. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/portal/c/document\\_library/get\\_file?uuid=afa01962-b12c-4fe5-a794-1df632762d5b&groupId=10128](https://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/portal/c/document_library/get_file?uuid=afa01962-b12c-4fe5-a794-1df632762d5b&groupId=10128)

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, V. et al. *Envejecimiento. La investigación en España y Europa* / Revista Española Geriatria Gerontología. 2012;47(4):174–179.

RODRIGUEZ-PIÑERO, L. *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2010.

ROLDAN, A. *Un estudio de la ley de promoción de la autonomía personal y Atención a las personas con dependencia, desde la Seguridad Social*. Trabajo. Universidad de Huelva. N18. 2006.

ROMEO CASABONA, CM. *La Genética y la Biotecnología en las fronteras del Derecho*. Acta Bioética 2002; año VIII, nº 2.

RUTH E. HUBBARD, RONAN A. LYONS, KEN W. WOODHOUSE, SHARON L. HILLIER, KATHIE WAREHAM, BRUCE FERGUSON, ED MAJOR. *Absence of ageism in access to critical care: a cross-sectional study*. Age and Ageing 2003; 32 (4) : 382–387.

SACKETT DL. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ. 1996; (312):71-72.

SAEZ, N. MELENDEZ, JC. ALEIXANDRE, M. *Los estereotipos en los ancianos: un estudio empírico y sus resultados*. Revista de Psicología de la Educación, 1994, nº 14, pp. 75-89.

SÁNCHEZ, L. *Apuntes para una historia de la vejez*. Monografías Humanitas núm.1: 2004. Disponible en:  
[http://www.fundacionmhm.org/Monografias\\_1/Articulos/edicion8.html](http://www.fundacionmhm.org/Monografias_1/Articulos/edicion8.html).

SANCHEZ, P. *Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los Hogares*. Reis. 73/96 pp. 57-79. Disponible en:  
[http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_073\\_06.pdf](http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_073_06.pdf)

SANCHEZ FRUCTUOSO, AI. PRATS, D. *Evaluación del potencial receptor de un trasplante renal*. Clínicas Urológicas de la Complutense, 7, 237-261, Servicio de Publicaciones. UCM. Madrid. 1999.

SANCHO, M. (dir) *Estudio de Prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco*. Bilbao, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011;

SAURA, J. *La exigibilidad de los Derechos Humanos: Especial referencia a los derechos Económicos, Sociales y Culturales*. El tiempo de los derechos. Nº. 2, 2011.

SCHROYEN, S et al. “Ageism and Its Clinical Impact in Oncogeriatry: State of Knowledge and Therapeutic Leads.” *Clinical Interventions in Aging* 10 (2015): 117–125. PMC. Web. 6 Nov. 2015.

SHARPE PA. *Older women and health services: moving from ageism toward empowerment*. *Women Health*. 1995;22(3):9-23

SEN, A. *¿Por qué la equidad en salud?*. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2002, vol.11, n.5-6. pp. 302-309 . Disponible en:  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en&nrm=iso)>.

SERRA, ML. *Feminismo y discapacidad*. *Derechos y Libertades*. Nº 31, Epoca II, junio 2014. p.252.

SERRANO, N. *La edad como factor de discriminación en el empleo*. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo* (12/2011). *Gestión de las relaciones laborales y fiscalidad del trabajo*. 1ª ed., julio 2014. Disponible en:  
[https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5704/1/title\\_aranz\\_v1.2\\_%20\(3\).pdf](https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5704/1/title_aranz_v1.2_%20(3).pdf).

SESHAMANI, M. GRAY, A. (2004) *Ageing and health-care expenditure: The red herring argument revisited*. In: *Health Econ.*, 13(4), pp. 303–314;

- *A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs*.

In: *J.Health Econ.*, 23(2), pp. 217–235;

SMALL, R. *The Ethics of life Expectancy*. *Bioethics*. Volume 16 number 4. Blackwell Publishers. Oxford. 2002.

SPENCER, CH. *Ageism and the Law: Emerging concepts and practices in housing and Health Law Commission of Ontario*. II. Ageism: Concepts and Theories. Toronto (Canadá)[documento en internet] Disponible en: <http://www.lco-cdo.org/en/older-adults-lco-funded-papers-charmaine-spencer-sectionII>



SOLANES CORELLA, A. *La salud como derecho en España: reformas en un contexto de crisis económica*. Derechos y libertades. N°. 31, Junio 2014.

STEARNS, SC. NORTON, EC. (2004) *Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions*. In: Health Econ., 13(4), pp. 315–327.

THE EUROPEAN NETWORK OF LEGAL EXPERTS IN THE FIELD OF GENDER EQUALITY. *Multiple Discrimination in EU Law. Opportunities for legal responses to intersectional gender discrimination?* European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Julio 2009. (Documento web) Disponible en:  
[http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplerediscriminationfinal7september2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/multiplerediscriminationfinal7september2009_en.pdf)

TREJO MATORANA, C. *El viejo en la historia*. Acta bioethica, 7(1), 2001: 107-119.  
Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100008&lng=es&tlng=es). 10.4067/S1726-569X2001000100008

TRINIDAD, Pilar. *La evolución en la protección de la vulnerabilidad por el derecho internacional de los derechos humanos*. Revista Española de Relaciones Internacionales. Núm. 4.

TUCKMAN, J.LORGE, I. *Attitudes toward old people*. Journal of Social Psychology, 37, 249-260. 1953.

TULNER L, CAMPEN JV, KUPER I, GIJSEN G, KOKS C, GILLAVRY M, et al. *Reasons for undertreatment with oral anticoagulants in frail geriatric outpatients with atrial fibrillation*. Drugs Aging. 2010 Jan;27(1):39-50.

VÁSQUEZ, J. *Derechos humanos y salud. Personas Mayores*. Organización Panamericana de la Salud. 2008. Disponible en:  
[http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069\\_Viejos.pdf?ua=1](http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf?ua=1)

VERDÚ PASCUAL, F. CASTELLÓ PONCE; A. *Los ancianos en los ensayos clínicos: olvidados, utilizados ¿tratados mal?.* Ciencia Forense 3/2001: 171-188.

VVAA. *Estudios de utilización de medicamentos.* Instituto Nacional de la Salud. Secretaria General. Madrid 1988.

WHITEHEAD, M. GÖRAN DAHLGREN, G. *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1.* Publicado en inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2006 con el título *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1.* Margaret Whitehead y Göran Dahlgren. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

YANG, Z. NORTON, EC. STEARNS, SC. (2003) *Longevity and health care expenditures: The real reasons older people spend more.* In: J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc.Sci., 58(1), pp. S2–S10;

ZUÑIGA FAJURI, A. *Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile.* Acta bioeth., Santiago , v. 18, n. 2, p. 221-230, nov. 2012 .

*-Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo.* Política y gobierno. Volumen XX (2): 2º semestre 2013. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/pyg/v20n2/v20n2a4.pdf>

ZWEIFEL P, ELDER S, MEIERS M. *Aging of population and health care expenditure: a red herring?* Health Economics 1999; 8: 485-496.

## **PÁGINAS WEB**

<http://www.inmujer.gob.es/>.

<http://www.redcontralatrata.org/spip.php?article152>

<http://www.unwomen.org>

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Nairobi/Nairobi%20Chapter>

<http://www.imsersomayores.csic.es>

<http://ec.europa.eu/justice/fdad/cms/stopdiscrimination/resources/glossary/?langid=es>

<http://www.fundeu.es/recomendacion/edadismo-no-edaismo-ni-ageismo/>

<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>.

<http://www.ine.es/>

<http://www.oas.org/consejo/sp/cajp/Personas%20Mayores.asp>

<http://envejecimiento.csic.es>

<http://www.csd.gob.es>

Trabajo finalizado en Ourense el 10 de noviembre de 2015

ANGEL ALFREDO MARTÍNEZ QUES





