



LA ATENCIÓN SANITARIA AL ADULTO MAYOR Y SU PROTECCIÓN FRENTE A LA DISCRIMINACIÓN



DISCURSO DE INGRESO

Pronunciado por el

ILMO. DR. D. ÁNGEL ALFREDO MARTÍNEZ QUES

en su recepción académica

y

CONTESTACIÓN

del

ILMO SR. D. MANUEL ELADIO ATRIO PADRÓN

Académico Numerario de la Academia de Enfermería de Galicia

Ourense, 5 de noviembre de 2019



La atención sanitaria al adulto mayor y su protección frente a la discriminación

DISCURSO DE INGRESO

Pronunciado por el
ILMO. SR. D. ÁNGEL ALFREDO MARTÍNEZ QUES
En su recepción académica

y

CONTESTACIÓN

del

ILMO SR. D. MANUEL ELADIO ATRIO PADRÓN
Académico Numerario de la Academia de Enfermería de Galicia

EN SESIÓN SOLEMNE CELEBRADA EN EL PARANINFO
DEL INSTITUTO OTERO PEDRAYO DE OURENSE
EL DÍA 5 DE NOVIEMBRE DE 2019

Título: La atención sanitaria al adulto mayor y su protección frente a la discriminación.

Autoría: Ángel Alfredo Martínez Ques.

Edita: Academia de Enfermería de Galicia.

Colección: Discursos de Ingreso Académicos Numerarios.

Bibliotecario de la Academia: Ilmo. Dr. D. José María Rumbo Prieto.

Diseño de imagen de portada: Xurxo do Olmo Rodríguez.

DOI: 10.5281/zenodo.3520864

D.L.: LU 123-2019

ISBN: 978-84-09-16054-9

La Academia de Enfermería de Galicia queda eximida de las responsabilidades que se puedan derivar de los contenidos incluidos en este libro.

©Todos los derechos reservados por la autoría.

Academia de Enfermería de Galicia. Lugo, noviembre de 2019.

AGRADECIMIENTOS:

“A nuestros mayores”

ÍNDICE:

SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE

Salutación al nuevo académico numerario.....	9
--	---

DISCURSO DE INGRESO:

1. Salutación.....	12
2. La vejez y los estereotipos.....	15
3. El ageísmo y sus características.....	20
4. La debatida cuestión terminológica.....	23
5. La discriminación sanitaria del adulto mayor.....	29
6. La protección del adulto mayor en el ámbito sanitario.....	37
7. Referencias bibliográficas.....	45

DISCURSO CONTESTACIÓN:

Elogio al nuevo académico.....	50
Apuntes biográficos y curriculares del nuevo académico.....	51
Comentarios al discurso.....	56

SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE



Excmo. Sr. D.

RODRÍGUEZ PÉREZ, Isidoro

Académico Numerario y Fundador

Presidente de la
Academia de Enfermería de Galicia

Número 5 del escalafón

Fecha de ingreso: 3 de octubre de 2013

SALUTACIÓN AL NUEVO ACADÉMICO NUMERARIO:

É un motivo de satisfacción como presidente da Academia de Enfermería de Galicia presentar esta nova publicación que contén os discursos do acto solemne de recepción e investidura como académico numerario desta institución do Ilmo. Sr. D. Ángel Alfredo Martínez Ques.

O nomeamento como académico electo foi adoptado por unanimidade, trala conseguinte valoración e elección, en sesión do 25 de xuño de 2014, convocada pola Comisión Xestora da que foi Presidente o Excmo. Sr. D. Sergio Quinteiros Domínguez (q.e.p.d.), acordo publicado no Diario Oficial de Galicia (DOGA) con data 17 de setembro de 2014.

A sesión de recepción tivo lugar o 5 de novembro de 2019 no emblemático Paraninfo do Instituto Otero Pedrayo na cidade de Ourense, provincia na que exerce a actividade asistencial, docente, científica e investigadora. A contestación ao seu discurso estivo a cargo do Ilmo. Vicesecretario e Académico D. Manuel Eladio Atrio Padrón comisionado pola Xunta de Goberno da Academia a tal efecto. Na súa contestación deixou exposta a significada traxectoria asistencial, docente, científica e investigadora do novo académico que con todo merecemento reúne amplamente os requisitos para pertencer a esta Institución Académica.

Como Presidente da Academia de Enfermería de Galicia e representando á Xunta de Goberno e á totalidade do “Corpo Académico”, teño a honra de darlle ao noso compañeiro, e dende agora “Ilmo. Sr.” D. Ángel Alfredo Martínez Ques os parabéns e a benvida.

Desexamos que D. Ángel Alfredo Martínez Ques teña unha longa e eficaz vida científica ao servizo da Institución que o acolle con gusto contribuíndo así, xunto aos seus colegas, ao prestixio das ciencias da Enfermería e da Enfermería Galega de xeito específico.

En Ourense, a 5 de novembro de 2019

Excmo. Sr. D. Isidoro Rodríguez Pérez

Presidente da Academia de Enfermería de Galicia

DISCURSO DE INGRESO



Ilmo. Sr. D.

MARTINEZ QUES, Ángel Alfredo

Académico Numerario

Secretario de la
Academia de Enfermería de Galicia

Número 10 del escalafón

Fecha de ingreso: 5 de noviembre de 2019

1. SALUTACIÓN:

Con la venia.

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Enfermería de Galicia,

Ilmo. Sr. Vicesecretario de la Academia,

Ilmos. Académicos,

Autoridades presentes,

Compañeros, amigos y familiares,

Señoras y señores.

Mi exposición en este preceptivo discurso de recepción en la Academia de Enfermería de Galicia va a tratar sobre la atención sanitaria al adulto mayor y su protección frente a la discriminación. Pero antes, permítanme, fiel a la usanza y mandato protocolario, que principie con el apartado de agradecimientos.

Mi más sincera gratitud a todos los Académicos de esta joven Institución, su junta de gobierno y a su Presidente, el Excmo. Sr. Dr. Isidoro Rodríguez por su apoyo y la confianza que han depositado en mi persona. Espero cumplir con las obligaciones como académico de número y contribuir con ello al engrandecimiento de esta Academia.

Mi reconocimiento especial al Ilmo. Sr. Don Manuel Eladio Atrio Padrón, actual Vicesecretario de la Academia, por el gran honor que me hace de contestar a este discurso. Nos une desde hace años una amistosa complicidad y un profundo respeto profesional. A él le debo, entre otras cosas, estar hoy aquí leyendo este discurso. Gracias Eladio por reunir tres cualidades que hacen excelente a una enfermera: ser buen gestor, buen profesional y buena persona.

Agradecer a la dirección del Instituto Otero Pedrayo por la cesión de este emblemático espacio, que tanto representa en la ciudad de Ourense y a la que me siento profundamente unido por haber desarrollado en ella gran parte de mi trayectoria profesional y vital.

Quiero agradecer a todos los compañeros y compañeras de profesión, por permitirme aprender de todos ellos, por ayudarme a transitar por el universo gratificante del cuidado y por acompañarme por la tortuosa senda de la investigación y de la publicación científica. Por la vía de la investigación, el conocimiento y la ciencia, he coincidido en tiempo y pensamiento con grandes referentes de la Enfermería en mayúsculas, nacionales e internacionales, que siempre me han servido de inspiración. Citar a todos, no es posible, pero si a aquellos, que desde su amistad, inocularon en mí la vocación científica. Gracias a D. Manuel Amezcua, D. Sergio López, D. Juan Gómez, D. Alberto Gálvez, D. Luis Arantón, Dña. Elena González y Dña. Pilar Gayoso. En este apartado, quiero hacer una mención singular a los amigos que han colaborado y compartido autoría en algunos de mis proyectos: D. José María Rumbo ilustre Bibliotecario de esta Academia, Dña. Beatriz Braña y Dña. Miriam Vázquez.

Mención especial a mis compañeros de trabajo de Castro Caldelas por facilitar mi desempeño científico y docente, y de modo singular a D. Víctor Lamelas y al Dr. José Manuel Quintans.

Gracias también a los miembros del Instituto Auriensis de Bioética, con los que comparto formación y pasión por la Bioética.

En esta relación de agradecimientos quiero incluir a los profesores que confiaron en mí, y me orientaron en la elaboración de mi Tesis Doctoral, todos ellos profesores del Departamento de Filosofía jurídica de la Facultad de Derecho de la UNED, Don Rafael Junquera, y el director de mi tesis D. Narciso Martínez Moran.

Por último en esta tabula gratulatoria, no pueden faltar quienes más influencia han ejercido sobre mi persona. Emocionado y eterno reconocimiento a mi familia, mis padres y mis hermanos que me inculcaron la pasión por la lectura y los libros. Aprendí de ellos que la felicidad y la riqueza se pueden conseguir con un libro en las manos. Y me enseñaron a compartir, cosa muy útil, siendo hijo quintogénito en una familia muy numerosa.

Agradecer con todo el cariño a mis dos hijos Javier y Carlos, los dos proyectos de los que me siento más orgulloso, y de un modo destacado a mi colaboradora más cercana, colega y compañera, mi mujer Teresa por estos casi cuarenta años compartidos que representan mi imprescindible circunstancia.

Con mi mujer, estuve en Atenas, en un viaje por Grecia, para visitar, la zona donde se situaba el templo del saber que fundó Platón en el año 384 a.C., en el jardín de olivos dedicado a Akademos, lugar que pasaría a la posteridad con el nombre de Academia y que fue un semillero de sabiduría y de influencia en la cultura y pensamiento occidental. La confluencia de distintos saberes, representa el ideal humanista, al que he dedicado todo mi esfuerzo, desde la enfermería pero en igual medida en lo jurídico, lo ético y lo filosófico.

Visitar la Academia fue mi particular tributo al filósofo que hizo posible un centro abierto al pensamiento crítico, el diálogo, la investigación y la innovación, propiedades con las que me siento plenamente identificado.

Se cuenta que la Academia platónica tenía en su frontispicio una inscripción que rezaba “Aquí no entra nadie que no sepa geometría”. A su imagen, en esta Academia de Enfermería nuestra deberíamos proponer algo similar, en esa línea, tal como: “Aquí que no entre nadie que no sepa cuidar”.

Es precisamente la acción del cuidar, el cuidado, lo que nos identifica a las enfermeras, como modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible. Y del cuidado al adulto mayor y de su protección frente a la discriminación, es de lo que va a tratar este discurso, como continuación de mi tesis doctoral, desde un enfoque reflexivo.

2. LA VEJEZ Y LOS ESPEREOTIPOS:

Que la atención sanitaria del adulto mayor debería ser igual que a cualquier otra persona, es una afirmación en la que todos estaríamos de acuerdo. Por otro lado, si lo fuera en realidad, no habría razón para este discurso, en el que expondré aquellos aspectos por los que un adulto mayor resulta discriminado en la asistencia sanitaria.

El concepto de vejez engloba dos sentidos: bien como sinónimo de ancianidad, en cuanto última etapa de la vida de una persona (lo que ha vivido o durado mucho) o bien como sinónimo de senectud o senilidad, como minoración psicosomática de la capacidad (lo que se ha desgastado en el tiempo) (1). Asimilar vejez con pérdida de capacidad, es decir con una invalidez presunta representa una concepción errónea de la realidad que vivimos, donde el adulto mayor goza de una mayor salud que en tiempos pretéritos.

En todo caso, la respuesta a la interesante pregunta ¿Cuándo se es viejo?, requeriría una exposición mucho más amplia, y la conclusión principal pasaría por una extensa consideración de muchos aspectos... cronológicos, psicológicos, biológicos, biográficos y hasta históricos.

La historia nos revela una fluctuación entre dos diferentes miradas hacia la vejez. La vejez para Platón era el momento supremo en la edad del hombre y para llegar a una senectud plena, sería necesaria una madurez responsable. Por el contrario, para su discípulo Aristóteles la vejez-senectud era una enfermedad natural, siendo esta la última etapa de la vida en la que llega el deterioro y la ruina. Estas dos visiones antagonistas de la vejez, van a verse representadas a todo lo largo de la historia del pensamiento humano (2).

Hablamos de adulto mayor o persona de edad avanzada, persona de la tercera edad, como eufemismos para no utilizar otros nombres que se consideran o suenan más despectivos: viejo, carca, achacoso, chocho, decrépito, caduco, anacrónico, rancio, estropeado, gastado,

corroído, ajado, matusalén, vejete o carcamal; son solo algunos de los sinónimos peyorativos que contiene nuestra lengua para referirse a una persona anciana.

Sabemos que el lenguaje es una manifestación de la cultura, y cada lengua contiene los saberes, creencias e ideas de la realidad compartida por una comunidad. A través de la palabra, el ser humano objetiva el conocimiento que tiene de su mundo social y familiar.

La idea o asimilación de una persona de edad como algo viejo, usado, desgastado y por ende, enfermizo, es uno de los estereotipos que se sitúan en la base de la discriminación del adulto mayor. Si el lenguaje es el reflejo de lo que piensa la sociedad, nos debería preocupar esta forma en la que entendemos la vejez.

Los estereotipos son creencias sociales 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. En el lenguaje común podemos atisbar una larga lista de frases estereotipadas. Seguramente han escuchado alguna vez, frases de contenido xenófobo o racista como las siguientes: “trabajas como un negro”; “estas hecho un gitano”; te han engañado como a un chino”; “no hay moros en la costa”; “hacer el indio” o “menuda judiada”; por citar unas pocas. Asimismo, baste acudir al refranero, para detectar en la llamada “sabiduría popular” algunos de estos estereotipos negativos en los refranes sobre viejos. Veamos más ejemplos: “Juventud, calor y brío; vejez, tembladera y frío”; “Al tomar mujer un viejo, tocan a muerto o a cuerno”; “Casa vieja todo es goteras” o esta otra “¡A la vejez, viruelas!”. Estas paremias o frases de origen popular repetida tradicionalmente de forma invariable, en la cual se expresa un pensamiento moral, un consejo o una enseñanza; particularmente la que está estructurada en verso y rima en asonancia o consonancia transmiten y perpetúan la errónea idea de una vejez improductiva, ociosa y enfermiza.

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 autopercepción. Se habla por ello de “profecía auto-cumplida” o profecía de la autorrealización, como la tendencia a actuar para que se cumplan las creencias o expectativas sobre la base de la idea inicial marcada por el estereotipo. Es decir, de tanto repetir una cosa, uno acaba por creérsela. De esta forma, la asunción de estereotipos sobre el comportamiento de los ancianos, podría estar relacionado con procesos de deterioro y pérdida de la autonomía.

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. Los estereotipos pueden virar, siguiendo a Martin (3), a prejuicios cuando las actitudes son negativas, desfavorables, injustas e irracionales hacia los miembros de otro grupo de personas.

Para Salvarezza (4), 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. Del anciano se espera un determinado comportamiento, de “cierta resignación”, como sería, aunque resulte ofensivo decirlo, “ir al parque a echar de comer a las palomas”.

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. La consideración del grupo de edad avanzada como homogéneo alimenta un estereotipo que da lugar a una imagen negativa de este colectivo. 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” (5).

Las causas de este fenómeno son diversas:

- Cambio en las relaciones familiares. Al anciano, especialmente en situación de viudez, se le “aísla” en asilos o residencias geriátricas.
- Modificación del estatuto ético y social del anciano.
- Mitificación y exaltación de la juventud en la sociedad de consumo. Existe toda una “industria anti-envejecimiento” (anti-aging), que cada año mueve astronómicas sumas de dinero. Conviene diferenciarla de la medicina anti-envejecimiento, 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» está completamente desfasado y 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.

El “estereotipo” puede ser positivo o negativo asociada a una determinada categoría de un grupo. Palmore (6) describe al menos nueve grandes estereotipos que reflejan los prejuicios negativos hacia los ancianos: las enfermedades, la impotencia sexual, la fealdad, el deterioro cognitivo, la enfermedad mental, la inutilidad, aislamiento, la pobreza, y depresión. Entre los estereotipos positivos se incluyen la amabilidad, la sabiduría, la formalidad, el poder político, la libertad, la riqueza y la felicidad, como características de las personas ancianas.

Hemos apuntado antes que el estereotipo negativo, tiene potencialidad para convertirse en un “prejuicio”. El prejuicio es el proceso de formación de un juicio negativo sobre alguna persona, objeto o idea de manera anticipada, en base a las características de su grupo de pertenencia. En general, se trata de una actividad mental inconsciente que distorsiona la percepción de la realidad. 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.

Resumiendo lo dicho hasta ahora, se considera que el proceso discriminatorio incluye tres dimensiones o componentes: los estereotipos (componente cognitivo, por ejemplo, creo que los adultos mayores son una carga para la sociedad); prejuicio (componente emocional, por ejemplo, no disfruto con la compañía con adultos mayores); y discriminación (componente conductual, por ejemplo, evito interactuar con adultos mayores).

Esta acción negativa se puede dirigir hacia los demás (por ejemplo, disfruto contando chistes sobre viejos verdes) o hacia uno mismo (por ejemplo, me preocupa mi propio envejecimiento). A su vez puede ser positivo (por ejemplo, el estereotipo de que los adultos mayores son sabios) o negativo (por ejemplo, el estereotipo de que los adultos mayores son torpes), y puede ser explícito (consciente) o implícito (inconsciente) (7).

3. EL AGEÍSMO Y SUS CARACTERÍSTICAS:

La discriminación como conducta supone una diferenciación de trato, que actúa contra el sujeto 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.

La discriminación puede estar relacionada con ciertas condiciones. Al igual que el sexo, la raza, la ideología o la religión, la edad puede ser una causa de discriminación. De ahí la cláusula de salvaguarda de la igualdad y no discriminación, contenida en el art. 14 de nuestra Constitución, según la cual 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. Dentro de cualquier otra condición o circunstancia personal quedaría englobada la edad.

La discriminación por razón de edad se manifiesta mediante la utilización de estereotipos y conductas negativas dentro de la ley o la sociedad en general, que afectan a los grupos de personas de diversas edades en especial hacia las personas mayores. A este fenómeno discriminatorio es importante darle un nombre: Ageísmo.

La palabra ageísmo es la traslación al español del término “ageism” (de age, edad y el sufijo -ism, -ismo) acuñado por Robert Butler (8) en

1968 para referirse a “un proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores, del mismo modo que el racismo y el sexismo lo hacen con el color de la piel y el género”. Es un prejuicio, transmitido por la cultura y se hace ostensible con expresiones de hostilidad, antipatía e incluso odio al viejo por el hecho de serlo.

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" (9).

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

El “ideario” ageísta 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) (10).

A nivel individual, se manifiesta con pequeños comportamientos y acciones (micro-ageísmos) 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.

El ageísmo tiene sus particularidades y se diferencia de otras discriminaciones como el sexismo o el racismo, por una serie de razones:

- Primero, como ya hemos visto, la vejez no es un concepto estático sino relativo. Un niño de dos años es “mayor” que uno de un año. Uno de veinte es más “viejo” que uno de diez y uno de cincuenta es más “viejo” que uno de treinta. Además, el concepto de vejez va cambiando en la historia. Posiblemente hoy nadie estaría de acuerdo con la afirmación de Aristóteles para el que, se es viejo a los cincuenta años. Y aunque sea un concepto relativo, tampoco puede llegarse a la conclusión de Baruch, que sostenía que “viejo es aquel que tiene 50 años más que yo”.
- En segundo lugar, al contrario de los que pasa con la raza o el género, no se nace con la condición de viejo sino que se va adquiriendo, es decir, envejeciendo con el tiempo.

Lo que es seguro es que todo el mundo alcanza la vejez al menos si no muere en una edad temprana. La vejez nos alcanza a todos. La duración de la vejez, va en aumento producto del prolongamiento 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, un rechazo manifiesto ligado a la discriminación por edad, que en circunstancias comparables generaría indignación si el motivo de discriminación era, 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.

4. LA DEBATIDA CUESTIÓN TERMINOLÓGICA:

La necesidad de llamar a las cosas por su nombre tropieza en nuestra lengua por la ausencia de un término unánimemente aceptado y de uso normalizado. Los términos más utilizados en la bibliografía consultada son “ageísmo”, “gerontofobia”, “ancianismo”, “viejismo”, “etaísmo”, “edaísmo”, “etarismo” y “edadismo”. Esta variabilidad de términos dificulta el abordaje del problema discriminatorio. Además, su estudio se ha producido desde diversas disciplinas (sociología, psicología, gerontología, etc.) y en diferentes ámbitos y países, lo que complica aún más si cabe su comprensión. Los términos más frecuentes son los siguientes:

- Gerontofobia o Gerofobia. Etimológicamente significa miedo al envejecimiento o a los viejos. 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.
- Edadismo, Etarismo, Edaísmo o Etaísmo. Digamos de entrada que la Real Academia Española (RAE) no contempla ninguna de estas acepciones, al igual que la palabra ageísmo. La Fundación del Español Urgente (Fundéu BBVA) (11) recomienda utilizar: “Edadismo, y no edaísmo, ni el préstamo del inglés ageísmo, es la alternativa válida en español para expresar la discriminación por (razón de)

edad. Acaba recomendando en este tipo de frases siempre se puede utilizar, en todo caso, la perífrasis, discriminación por (razón de) edad”.

Personalmente no estoy muy de acuerdo con esta propuesta por una serie de razones. Hay que señalar, tomando la analogía del racismo, que la raza o el género no pueden segmentarse o dividirse. En general, si una persona nace con un color de piel determinado, lo usual es que lo mantenga hasta el fin de sus días. Por el contrario, 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, por tanto, 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 propia Fundeu en su recomendación reconoce el uso de la palabra ageísmo como referido específicamente a las que sufren las personas mayores. 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. Lo esencial sería referenciarlo a una “edad avanzada” de ahí que lo específico sea lo avanzado de la edad, y no la edad en sí misma.

Según Sagrera (12), la discriminación a los “viejos” ofrece características especiales. Es éste un estadio definitivo, terminal. Así como el niño pasa por distintas etapas, juventud, madurez, el viejo permanece en esa etapa. Como la esperanza de vida está

alargándose, el periodo de vejez también aumenta, por lo que es más probable sufrir algún tipo de discriminación durante mucho más tiempo. 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 Añon (13). Justifica el empleo de esta acepción, al referirse a “franja etaria o grupo etario” 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.

La inexistencia, por el momento, de un término aceptado por la RAE 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” o “viejismo” utilizado en América latina es un término en desuso, a decir de la 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.

Consideramos más apropiado para referirnos al fenómeno de la discriminación por razón de la mayor edad, hacerlo con el término de ageísmo (14). Las razones en las que nos basamos para postular y

reivindicar el vocablo “ageísmo” como expresivo de la circunlocución “discriminación por razón de edad (avanzada)” se concretan 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 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).
- 2) Frente al concepto de Gerontofobia, más 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” 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, debería reservarse como genérico para cualquier discriminación por edad, y dentro de ella, el ageísmo sería 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 (viejísmo, 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). Tal variedad supone una barrera para implantar medidas de acción para combatirla.
- 6) Un apunte en favor de la aceptación universal del vocablo ageísmo es su extensión además del inglés a otros idiomas próximos como son el portugués, italiano y el francés, que utilizan palabras derivadas de ageísmo.
- 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 Tesoro, aporta evidentes ventajas. Algunas bases bibliográficas médicas como MedLine-PubMed o los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud, utilizan el término descrito y lo incluyen en sus Tesoros. 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 Organización Mundial de la Salud (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, propongo 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”*.

La existencia de discriminación social se manifiesta también en el ámbito de la salud. Ribera (15) formula algunos ejemplos concretos de discriminación social del viejo, que se manifiestan o repercuten notablemente en la salud:

- Limitación al principio de autonomía.
- Barreras ciudadanas.
- Limitaciones al ejercicio de determinados derechos.
- Ausencia de estudios sobre geronto-geriatria.
- Pobreza de recursos sociales orientados al anciano.
- Mala imagen de los medios de comunicación.
- Lenguaje sectario.
- Abusos y malos tratos.

Los malos tratos a ancianos son, lamentablemente, el caso extremo en el que se visibiliza la discriminación por edad y serían, en una hipotética escala, el de mayor gravedad. Los malos tratos, engloban una variada tipología, que va desde los malos tratos físicos, como el empleo de golpes, uso innecesario de restricciones, sobre-medicación o restricción química o confinamientos inadecuados hasta malos tratos emocionales o psíquicos como puede ser la agresión verbal, falta de respeto mediante insultos, tratos denigrantes, la falta de respeto por la intimidad, la negación del acceso a sus allegados, etc.

Hay que señalar que los malos tratos se producen en el seno familiar donde existen vínculos de confianza, pero también pueden ocurrir, en el seno de instituciones socio-sanitarias. Los medios de comunicación suelen hacerse eco de los casos más extremos. A todo lo anterior se le sumaría el abuso o explotación económica, con formas como la

desatención de necesidades básicas (vestido, alimentos), la modificación forzada de testamento o la negación de acceso al control financiero de sus fondos. Una vez queda puesto de manifiesto la extrema vulnerabilidad de las personas mayores y la necesidad de protección.

5. LA DISCRIMINACIÓN SANITARIA DEL ADULTO MAYOR

Rodríguez Rovira (16) 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 la aplicación de criterios economicistas en la gestión.
- 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, 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 sociosanitario, pero desgraciadamente en muchos casos no existe tal recurso sustitutivo”.

La escasez o ausencia de geriatras, o de Servicios de Geriatría, en los hospitales públicos es otra muestra de la escasa importancia que se le da al proceso de envejecimiento, a pesar del envejecimiento poblacional.

El ageísmo al igual que ocurre con otros procesos discriminatorios, puede resultar poco perceptible. Suele permanecer y aflorar de forma sutil, a veces inconsciente, en multitud de actos clínicos. Cuántas veces hemos oído decir o achacar a la edad determinado síntoma, o padecimiento. Lo que denota una falta de interés en buscar una solución al problema o de una búsqueda real de la afección.

Es sumamente expresiva, en este sentido, la conocida anécdota del anciano que acude al médico por un dolor en la pierna, y el doctor lo despacha con la frase “eso son cosas de la edad”, a lo que el paciente sabiamente le contesta: pues verá doctor, la otra pierna tiene la misma edad y no me duele.

Frases y actitudes como la descrita enmascaran cierta actitud paternalista cuando no ageísta. Otras frases similares que se escuchan a menudo son como ¿a su edad que más quiere? o de forma más directa: “¿a tu edad?”; “si tú ya no estás para esto”.

Son manifestaciones del fenómeno a pequeña escala. Otros ejemplos de “micro” ageísmo, en el ámbito sanitario son:

- Hablar al adulto mayor con diminutivos como si fuera un niño lo que se conoce como bebeísmo o infantilismo. Así se oye decir: ¡tómese el caldito!, ¡bébase el agüita!, ¡“abuelito-a”! “¿qué quiere el señorito”? Pónganse en el lugar de una persona respetada en su medio social y que “fue toda su vida Don José y en la residencia le llaman pepito”.

- Hablar en presencia del adulto mayor, de sus problemas, pero sin dirigirse directamente a él, como si no estuviera presente, fuera invisible o no lo entendiera.
- Acabar las frases antes de que el adulto se exprese, frecuente en casos de respuesta lenta.
- Interrumpir los intentos de hacer algo, haciéndolo por él, como darle de comer, cuando es capaz de hacerlo por sí solo.
- Cuando nadie se dirige al anciano para hablar con él, normal, sino es para darle órdenes.
- Burlarse o tomar a broma los “achaqueos o alifafes”.
- Tomar decisiones que le afectan a su salud y sin que nadie le consulte.
- Confundir falta de capacidad de “hacer” con falta de capacidad para “decidir”.
- Amenazarlo con ingresar en una residencia o asilo si rechaza tratamientos.

Una situación que “invisibiliza” al anciano en consulta o en la visita hospitalaria, se produce cuando el profesional se dirige directamente a los familiares, sin contar con el implicado (y titular del derecho a la salud). Pueden superponerse dificultades en la comunicación derivados del paciente (déficits sensoriales, deterioro cognitivo), o por parte de los familiares que se atribuyen sin delegación expresa, la interlocución y capacidad de decisión.

Ribera (15) 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, “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.

La salud es el resultado de los condicionantes personales y los determinantes sociales, 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 la discriminación en salud 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). 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.

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.

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 (17):

- Exclusión de los programas de promoción de salud y cribado.
- Ausencia de estudios de intervención sobre factores de riesgo.
- Ausencia de ensayos clínicos farmacológicos sobre población anciana.
- Órdenes de No reanimación.
- Exclusión para determinadas intervenciones quirúrgicas.
- Inclusión en listas de espera.
- Exclusión de protocolos de quimioterapia tumoral.
- Terapia farmacológica habitual (mayor iatrogenia, no utilización de determinados fármacos).

Un ejemplo ilustrativo de discriminación en salud lo tenemos con el cribado de cáncer de mama. La edad de cribado abarca de 50 a 64 años. Varias Comunidades Autónomas. han ampliado el límite

superior hasta los 69 años. En cuanto a las mujeres de edad superior a 70 años, a pesar de que la incidencia del cáncer de mama es mayor y la sensibilidad de la mamografía es superior, normalmente han sido excluidas de los programas poblacionales porque se preveía una tasa de participación baja (18).

La lista de casos de discriminación terapéutica es numerosa y suficientemente descrita en artículos científicos, si bien hay que señalar que la concienciación frente a este problema ha hecho que la casuística se reduzca. 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, o en el anciano con deterioro cognitivo como tuve ocasión de pormenorizar en mi tesis doctoral. 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.

El ageísmo se reconoce, según un informe de la OMS de 2015, cada vez más como un problema de salud pública. La evidencia científica existente sugiere que las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir sus consecuencias negativas. De hecho, se ha demostrado que las creencias y actitudes ageístas perjudican el rendimiento cognitivo y funcional de las personas mayores, tienen como resultado una peor salud mental, una mayor morbilidad y una peor recuperación de discapacidad.

El ageísmo también se asocia con una vida útil más corta y sentimientos de angustia y soledad, y puede resultar en la marginación de los adultos mayores, así como su exclusión de roles significativos en la sociedad.

En una época de creciente y rápido envejecimiento de la población, es posible que la prevalencia del envejecimiento contra los adultos mayores esté aumentando. Sin embargo, el conocimiento existente sobre las medidas utilizadas para estimar su magnitud y prevalencia es bastante limitado.

Un caso especial que merece consideración es la limitación a las personas de edad avanzada al 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. Estos fármacos al no haber sido probados sin tener en cuenta las peculiaridades que pueden presentar las personas de edad, pueden ser fuente de efectos secundarios (20).

Cabe añadir a la situación descrita que la primera Cátedra de Geriatria en España fue creada en el año 2000, siendo su titular el profesor Dr. José Manuel Ribera Casado. Este dato tiene 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 Geriatria, mejor preparadas para abordar, una mayor proporción de problemas sociales (ancianos que viven solos, institucionalizados, escasos recursos sociales), menor independencia para realizar las actividades de la vida diaria, o más enfermedades mentales (deterioro del estado cognitivo y depresión).

Junto a esas consecuencias que repercuten en la salud del anciano, cabe mencionar un fenómeno que afecta a la sociedad actual y que está relacionada con el aislamiento social y la soledad en el anciano. Es posible diferenciar los conceptos de “sentirse solo” y “estar solo”.

Sentir la soledad (soledad en sentido subjetivo) es una sensación relacionada con la tristeza y descrita como un sentimiento interno y doloroso. Estar solo (soledad objetiva) es el resultado de la carencia de compañía, tanto de contactos sociales como de familiares. La soledad no siempre implica un sentimiento negativo para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora. El problema surge cuando el sentirse solo, conlleva el convencimiento de haber sido excluido, incomprendido o rechazado por otros, o carece de compañía para las actividades deseadas (21).

Se habla de síndrome de soledad cuando existe un “estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida”. A mayores, la soledad existencial o ética es una forma de abandono social junto con la sensación de haber sido abandonado por la humanidad, y de no ser escuchado. Esa soledad solamente se impone cuando hay múltiples fallas éticas por parte de los seres humanos que viven en el mundo que las rodea a las víctimas”. En estos casos de Aislamiento social, es de suma importancia una adecuada red de servicios de asistencia social (22).

Es una de las situaciones paradójicas que se producen en el mundo globalizado, interconectado, de las tecnologías de la información y de medios de comunicación de masas, en los que, a menudo, las personas viven profundamente incomunicadas.

Otro dato que nos alerta del problema y de sus dimensiones se encuentra en el Reino Unido, país europeo según la OMS con un mayor índice de personas que se sienten solas, razón por la cual en enero del 2018, la Primera Ministra Theresa May creó el Ministerio de la Soledad. En España, aunque las cifras son más bajas, la soledad se considera también un problema social.

6. LA PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL AMBITO SANITARIO:

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. Además, el envejecimiento demográfico en un futuro próximo reúne una serie de características:

- Envejecimiento poblacional acelerado. Esto producirá cambios en la estructura de la pirámide poblacional.
- Envejecimiento del envejecimiento.
- Feminización del envejecimiento.
- Empobrecimiento de la vejez. Esto incide en una mayor vulnerabilidad, un mayor riesgo de marginalidad y de exclusión social.
- Heterogeneidad del envejecimiento.
- Aumento de las desigualdades en salud, e incremento del índice de dependencia.

Ante esa situación ¿cuáles pueden ser los mecanismos de protección y líneas de actuación para combatirlo o al menos, mitigarlo, en el ámbito sanitario, con especial énfasis en el rol o papel concreto de la enfermería?

Una primera línea de protección o defensa la constituiría una adecuada normatividad jurídica, que comenzaría con el desarrollo reglamentario de aspectos relativos a los Derechos Humanos. La implicación de los Derechos Humanos supone que los poderes públicos y las instituciones deben asumir una actitud proactiva de protección. La persona mayor, a pesar de contar con los mismos derechos que otras personas, incluido el de no ser discriminado en función de la edad, se ve sometida a toda una serie de impedimentos que dificultan su plena inclusión, integración y participación en la

sociedad. La perspectiva de los derechos humanos aporta 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.

Si bien existen instrumentos que desde el punto de vista legal civil o penal, podrían aplicarse, es necesaria la aplicación de medidas específicas para paliar o atenuar la vulnerabilidad en el anciano. Hay que señalar la escasez de medidas normativas específicas para la ancianidad, cosa que no ocurre con otros grupos como la infancia, donde contamos con un estatuto de protección jurídica del menor. La afectación o atenuación de la autonomía decisional, junto a su vulnerabilidad, podría suponer situaciones análogas que justificarían un estatuto propio para la vejez.

¿Que hace a las personas mayores diferentes de otros grupos y por tanto merecedoras de una consideración especial en referencia a los derechos humanos?

Williams, 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 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 (23).

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. 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.

Evito reproducir todo el compendio de leyes aplicables, que ya desarrollé en un artículo titulado *“La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos”* y a él me remito por si quieren obtener mayor información (24).

Otra línea de actuación estaría constituida por la necesaria formación y concienciación en esta materia. Si bien es cierto que la legislación tiene un cierto efecto pedagógico como moderador de conductas, la educación en general, y la formación continuada en particular de los profesionales es otro motor de cambio. Hemos visto como muchas veces estas conductas pueden pasar desapercibidas o incluso percibidas no obtienen el rechazo social debido. Por tanto, se hace necesario tanto una amplia campaña transversal a fin de atajar este problema. Una acción que debe empezar por la utilización de la palabra ageísmo o si prefieren edadísmo para denunciar estas situaciones, y de estudios de investigación para cuantificar su prevalencia. Llamar a las cosas por su nombre como se ha dicho ayuda a visibilizar el problema y, por consiguiente, encontrarle una solución.

Hemos hablado de visibilizar el ageísmo. Una cuestión muy debatida en los últimos años es el de cómo medirlo y cuantificar su magnitud. La existencia, por ejemplo, de estereotipos negativos y positivos hacia la vejez provocó una reacción pendular en los resultados de las investigaciones llevadas a cabo. Desde diferentes disciplinas, no acababan de proporcionar evidencias concluyentes sobre la existencia del ageísmo. A esto no ha ayudado la ingente cantidad de instrumentos de medida de diferente clase.

Como se ha señalado en el ageísmo hay tres componentes que pueden interactuar de distinta manera. Las discrepancias en los resultados pueden ser consecuencia de problemas conceptuales y metodológicos, comenzando con la no toma en consideración de los tres componentes que están presentes en el ageísmo: prejuicio (en lo afectivo), estereotipo (en lo cognitivo) y discriminación (en lo conductual); no siempre se han integrado en las escalas de medición.

Es llamativa la falta de definiciones estándar y operativas en este campo, especialmente en torno al concepto de "persona mayor". Por ejemplo, las escalas de edad suelen incluir términos como "personas mayores" (por ejemplo, "me gusta estar cerca de personas mayores") sin proporcionar indicaciones claras sobre a qué se refiere este término. Lógicamente una escala de actitudes frente a las personas mayores, sin esa previa conceptualización, conlleva serias dudas acerca de su validez.

A mayor abundamiento, una gran parte de los estudios de investigación previos, se han realizado sobre personas jóvenes, excluyendo de nuevo a las personas de edad. Y cuando se han realizado en personas mayores, se han hecho en personas institucionalizadas, poco representativas del grupo de mayores. Por tanto, las conclusiones de estos estudios distorsionan la realidad.

En conclusión, la falta de delimitación conceptual clara y unánime del ageísmo ha conducido a resultados dispares, contradictorios, no comparables, inconclusos y parciales, y mayor abundamiento como se ha puesto de manifiesto en una revisión sistemática reciente, que un buen número de escalas e instrumentos de medición no reunían los requisitos mínimos para una validación de sus propiedades psicométricas o muchas de ellas tienen menos de tres estudios como base de evidencia.

Según de Miguel y Castellano, se ha evolucionado desde instrumentos comprensivos para medir concepciones erróneas y estereotipadas hacia los ancianos, como los de Tuckman y Lorge, a

otros más específicos como los de Morgan y Bengtson para medir las cualidades negativas de la vejez y potencial positivo en la vejez, y el de que Kilty y Feld para medir las actitudes en general, hacia el envejecimiento. También otros métodos considerando la información contextual, diferencial semántico (Kogan y Wallach), de ansiedad por el envejecimiento, de expectativas sobre el envejecimiento, la escala Fraboni del ageísmo y el cuestionario de conocimientos sobre el envejecimiento, (The Facts on Aging Quizzes), de Palmore, compuesto por tres escalas paralelas.

Entre los Instrumentos de medida sobre estereotipos negativos de la vejez conocidos en nuestro país cabe citar el de Montorio e Izal, junto al Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) de Sánchez y Trianes, y el Cuestionario sobre la Interrelacion del Joven con los Ancianos de Montañes y Latorre.

La medida de los estereotipos no resulta fácil toda vez que las personas suelen ser reacias a manifestar actitudes discriminatorias. Por ello se ha recurrido a medidas implícitas de actitudes y de estereotipos para evaluar las representaciones mentales de la gente de diferentes grupos. Un instrumento de medida de este tipo es The Implicit Association Test (IAT) de Greenwald, McGhee y Schwarz, que explora las diferencias individuales y grupales que existen en las actitudes inconscientes y en los estereotipos sociales. Esta prueba se está utilizando en estudios sobre estereotipos de la vejez como una medida de identidad y de las actitudes hacia la vejez (Nosek, Banaji, y Greenwald).

Una escala para medir las perspectivas de las enfermeras sobre el cuidado de pacientes mayores es la Escala de Desarrollo de las Perspectivas sobre el Cuidado de Pacientes Mayores de Burbank, Burkholder y Dugas (25).

Sin escalas de ageísmo comprensivas y psico-métricamente confiables, es posible que no podamos evaluar con precisión la prevalencia del ageísmo y evaluar si las estrategias disponibles para

reducirlo o prevenirlo funcionan, lo que puede resultar obstaculizar los esfuerzos globales y nacionales para abordarlo.

El ageísmo, como se ha dicho, tiene efectos negativos bien establecidos sobre la salud física y mental de las personas mayores. Sin embargo, las estrategias globales de salud no han considerado el ageísmo como un factor de riesgo modificable. Esta situación está cambiando a medida que la OMS ha identificado la reducción del ageísmo como un objetivo clave para mejorar la salud humana. Se sabe poco sobre la efectividad de las estrategias para reducir el ageísmo. En 2019, Burnes et al (26), han publicado una revisión sistemática con metaanálisis, en la que concluyen que las intervenciones para reducir el ageísmo, estrategias viables de bajo costo, realizadas en los Estados Unidos, que incluyen educación, el contacto intergeneracional y los programas combinados proporcionan beneficios ampliamente generalizables. Los datos también sugieren que las intervenciones para reducir el ageísmo son particularmente efectivas entre las mujeres y entre los grupos educativos de adolescentes y adultos jóvenes.

Continuando con las líneas de actuación para protección del anciano corresponde a enfermería una importante función a desarrollar. Se trata del rol o enfermera como defensora del paciente. Los pacientes necesitan garantes y promotores de los derechos de ellos mismos, que aboguen por y para ellos. A este respecto surge un nuevo concepto en el paradigma enfermero, el rol de advocacy. Aunque es un término muy amplio, las ideas generales del mismo están enfocadas en la defensa de los derechos humanos, más si cabe en aquellos que estén inmersos en situaciones de vulnerabilidad, así como asesorar en la toma de decisiones y proteger a los pacientes, donde las enfermeras estamos ubicadas en una posición privilegiada dentro del equipo de salud para preservar esta máxima.

Florence Nightingale, sentó las bases de la defensa de pacientes insistiendo continuamente en la calidad del cuidado, que incluye un

entorno seguro y limpio y derechos humanos básicos para todos. Es fundamental garantizar la seguridad de los que no pueden defenderse solos.

El rol de enfermería aboga para garantizar el respeto por la autonomía y autodeterminación de los pacientes, haciendo de enlace entre los pacientes y la organización sanitaria facilitando el proceso de toma de decisiones de pacientes y familiares. Es un tópico decir que las enfermeras desde su posición de garante, ofertan cuidados basados sin discontinuidad, las 24 horas del día, los 365 días al año. Las enfermeras defensoras velan por los intereses del paciente y que se protege su autonomía.

La defensa del paciente debe ser desempeñada de forma constante y a diferentes niveles. Siso Martín (27) propone en esta línea una respuesta contundente reivindicando para las personas mayores el cumplimiento de la ética en cuatro niveles:

- Ética del cuidado (cuidar siempre, sobre todo cuando curar ya no es posible).
- Ética del respeto (reivindicar igualdad de los mayores para que la tercera edad no sea una edad de tercera).
- Ética de la solidaridad (entendido como deber natural de ayudar a nuestros semejantes).
- Ética de la esperanza (el anciano tiene dignidad, aunque no espere ya tiempos mejores).

A estos cuatro niveles éticos yo le añadiría un quinto, el de la Ética de la compasión que se fundamenta en la necesidad inapelable de responder del otro en su situación concreta de vulnerabilidad y necesidad.

Quisiera acabar con una estrofa de un poema de José Saramago, titulado:

¿Qué cuántos años tengo?

¡Qué importa eso!

¡Tengo la edad que quiero y siento!

La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.

Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso o lo desconocido.

Pues tengo la experiencia de los años vividos

y la fuerza de la convicción de mis deseos.

¡Qué importa cuántos años tengo!

¡No quiero pensar en ello!

Pues unos dicen que ya soy viejo

otros "que estoy en el apogeo".

Pero no es la edad que tengo, ni lo que la gente dice,

sino lo que mi corazón siente y mi cerebro dicte.

Muchas gracias a todos por su atención.

He dicho.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Camós Victoria I. La configuración de la prestación de jubilación en el régimen contributivo de la Seguridad Social. [Tesis doctoral]; Universidad de Girona; 2000.
2. Castellano Fuentes CL, de Miguel Negrodo A. Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. IJP&PT. 2010; 10(2): 259-78.
3. Martín AV. Envejecimiento, sociedad y salud. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 1999.
4. Salvarezza L, (editor). La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires (Argentina): Paídos, 1998. p. 105.
5. García Pérez J. Bioética y Personas Mayores. Informes Portal Mayores. 2003; 4.
6. Palmore EB. Ageism: negative and positive. New York (EEUU): Springer Publishing Company; 1999. p. 19.
7. Ayalon L, Dolberg P, Mikulionienė S, et al. A systematic review of existing ageism scales. Ageing Res Rev. 2019;54: 100919.
8. Butler RN. Age-ism: Another Form of Bigotry. The Gerontologist. 1969; 9 (4): 243–6.
9. Anderson TT. Ageism. In: Loue SJ, Sajatovic M. (eds). Encyclopedia of Aging and Public Health. Boston, MA: Springer; 2008.
10. Spencer CH. Ageism: Concepts and Theories. (Section II). In: Ageism and the Law: Emerging concepts and practices in housing

and Health Law Commission of Ontario. [monografía online]. Toronto (Canadá). [Acceso el 1/10/2019]. Disponible en: <http://www.lco-cdo.org/en/older-adults-lco-funded-papers-charmaine-spencer-section11>

11. Fundeu-BBVA. Edadismo, no edaísmo ni ageísmo. [Página en Internet]. Acceso el 01/10/2019]. Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/edadismo-no-edaismo-ni-ageismo/>
12. Sagrera M. El edadismo, contra “jóvenes” y “viejos”. La discriminación universal. Madrid: Fundamentos; 1992.
13. 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.
14. Martínez Ques AA. Ageísmo y derechos humanos en el contexto sanitario. [Tesis Doctoral] Madrid; Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); 2016. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Derecho-Aamartinez> [Acceso el 02/10/2019].
15. Ribera Casado JM. Problemas éticos más frecuentes en atención primaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, (Edit.). Geriátrica en Atención Primaria. Barcelona: Uriach & Cia; 1997.
16. Rodríguez Rovira E. Salud y personas mayores: La discriminación sanitaria del mayor. Cantabria Académica. 2004; 194.
17. Gómez Pavón J. ¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad? JANO. 2003; LXIV (1474).
18. Mellado M, Osa AM. Cribado de cáncer de mama. Estado actual. Radiología. 2013;55(4):305-14.

19. Jiménez Herrero J. Geriatria tiene ya Cátedra en España, tras muy larga y difícil gestación. Rev Esp Geriatria y Gerontología. 2000;35 (1):5-6.
20. Martínez Ques AA, Vázquez Campo M. La investigación y la discriminación por edad. La exclusión de ancianos de los ensayos clínicos. Ética Cuid [online]. 2010; 3(6). [Acceso 02/10/2019]. Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n6/et0601.php>
21. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina UPB. 2013; 32(1): 9-19.
22. Rodríguez Martin M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009; 20 (4): 159-166.
23. Huenchuan S, (editora). Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento. En: Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México: CEPAL; 2012.
24. Martínez Ques, AA. La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos. RDUNED. 2015; 17.
25. Burbank PM, Burkholder GJ, Dugas J. Development of the Perspectives on Caring for Older Patients scale: Psychometric analyses. Appl Nurs Research. 2018; 43: 98-104.
26. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health. 2019;109(8): e1–e9.
27. Siso Martin J. La información a los pacientes como presupuesto de su autonomía. AGE-CEOMA. 2007.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN



Ilmo. Sr. D.

ATRIO PADRÓN, Manuel Eladio

Académico Numerario y Fundador

Vicesecretario de la
Academia de Enfermería de Galicia

Número 6 del escalafón

Ingreso: 3 de octubre de 2013.

ELOGIO AL NUEVO ACADÉMICO:

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Enfermería de Galicia.

Excmas. e Ilmas. Autoridades y Representaciones.

Ilmos. Sras. y Sres. Académicos.

Estimados compañeros, familiares y amigos.

Señoras y señores,

Es para mí un gran honor y una gran distinción el haber sido elegido para pronunciar la contestación al discurso de ingreso del Dr. Martínez Ques como académico de número, en esta digna Corporación, muchas gracias Señor Presidente.

Mis primeras palabras sean de felicitación al nuevo académico por el magnífico discurso que ha pronunciado.

Cada vez que un nuevo académico ingresa en la Academia nos invade un sentimiento de alegría, de expectación y de esperanza. Sentimientos manifestados por todos los miembros de esta Institución al refrendar, de forma unánime, su elección como Académico de Número. Lo que muestra el alto grado de respeto y admiración que todos tenemos por el Dr. Martínez Ques.

Recibimos hoy a una persona tremendamente vital, dotada de gran energía e impulso, al que me une una gran amistad forjada a lo largo de años de relación profesional en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Decía Kendall que «el único sitio donde el éxito está antes que el trabajo es en el diccionario». El Dr. Martínez Ques es una persona que ha desarrollado un intenso y extraordinario trabajo en distintos campos del conocimiento enfermero. Es una persona que ha hecho del compromiso y de la coherencia una constante en su vida. También puedo asegurarles que recibimos a un profesional muy reconocido, de suma importancia y trascendencia en el panorama de

la Enfermería Española. Cualidades de las que hoy, y espero durante muchos años, se va a beneficiar esta Academia con su incorporación.

Su extenso currículum nos habla de su gran formación y de sus profundos conocimientos, lo que avalan que el nuevo académico venga a ocupar un sillón en la Academia que le corresponde por derecho propio. Y también viene a demostrar la firme apuesta de la Academia de incorporar, en este marco de carácter científico e investigador, a profesionales que han contribuido, contribuyen y seguirán contribuyendo al progreso y desarrollo de las Ciencias de la Enfermería, al fomento de la investigación y a los altos niveles de reconocimiento social de esta nuestra profesión.

APUNTES BIOGRÁFICOS Y CURRICULARES DEL DR. ÁNGEL ALFREDO MARTÍNEZ QUES:

Ángel Alfredo Martínez Ques nace en el año 1960. Mallorquín de nacimiento y Ourensano de adopción, lleva viviendo en esta ciudad casi treinta años.

Tras cursar sus estudios primarios, secundarios y el bachiller superior, ingresa en la Escuela Universitaria del Hospital Clínico de Valencia, obteniendo la Diplomatura Universitaria en Enfermería en el año 1981.

Junto a su inquietud por las ciencias de la salud ha crecido también su inquietud por las Ciencias Jurídicas lo que le lleva a matricularse en la Facultad de Derecho de la UNED, obteniendo la Licenciatura en el año 1996.

Posteriormente ingresa en el programa de doctorado “Problemas Fundamentales de la Teoría Jurídica Contemporánea” de la Facultad de Derecho de la UNED, obteniendo en el año 2016 el Doctorado en Derecho con Sobresaliente “cum laude” con la tesis *“Ageísmo y derechos humanos en el contexto sanitario”*.

Su constante ansia de conocimiento le lleva a matricularse recientemente en la UNED en el grado de Filosofía, estudios que está realizando hoy en día.

Su doble formación universitaria, como Enfermero y Jurista, junto con su importante producción científica le servirá a la postre para ser reconocido como uno de los más importantes referentes en el campo de la ética del cuidado.

Decía Julio Cesar: «Seré lo que los dioses y mi propia voluntad decreten». El currículum del Dr. Martínez Ques hace honor a esta frase y es fruto de su gran voluntad de trabajo y superación. Y, para trabajar bien, para conseguir la excelencia hay que tener claro lo qué se quiere y cómo debe hacerse y al mismo tiempo estar impregnado de un gran sentido moral. Cualidades éstas que, sin duda, definen la trayectoria del Dr. Martínez Ques.

Un pilar fundamental en toda su trayectoria ha sido, y es, su esposa Teresa, enfermera también, y por supuesto sus hijos Javier y Carlos. No me cabe la menor duda de que todo este largo camino no ha estado exento de sacrificios en lo personal, que ellos han sabido entender y apoyar.

Es difícil poder sintetizar toda la trayectoria del Dr. Martínez Ques. Intentaré priorizar los aspectos más relevantes y espero que él perdone que haya dejado algunos, no ya por comentar, sino incluso citar.

Una vez finalizados sus estudios como Enfermero en el año 1981, empieza a trabajar como **Enfermero clínico**, primero en el INSALUD y a partir del año 1991 en el Servicio Galego de Saude. Son más de treinta años de experiencia profesional, en los que ha desarrollado su trabajo en distintos ámbitos: asistencial, docente, gestor y por supuesto investigador.

Ha sido Enfermero asistencial en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense hasta el año 2001, trabajando en diversos servicios hospitalarios. Fue, además, Enfermero gestor realizando tal cometido como Supervisor de la Unidad de Cuidados Intensivos entre los años 2001 y 2005 y Supervisor del Área de Formación e Investigación entre los años 2005 y 2009. Es en este año 2009 cuando regresa a la actividad asistencial en el Hospital de Ourense y dos años más tarde se traslada al Punto de Atención Continuada de Castro Caldelas en el que trabaja hoy en día.

Finalizados sus estudios de Derecho también se dedicó al ejercicio libre de la Abogacía durante unos cinco años, pero es la Enfermería la que sigue siendo su principal actividad profesional y en ella se ha desenvuelto en los niveles de atención primaria y hospitalaria atendiendo siempre en la

mayoría de los casos a personas de edad avanzada. Hecho éste que le ha permitido conocer de cerca sus anhelos e inquietudes y marcar uno de los ejes principales de sus investigaciones.

El Dr. Martínez Ques es miembro del Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (OEBE), red corporativa de la Fundación Index que trabaja para la difusión de las evidencias científicas entre las enfermeras y otros profesionales que dedican su actividad al cuidado de la salud de las personas.

Ha sido representante de Galicia en el Comité Científico del centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs (JBI), centro internacional de investigación y desarrollo en materia de cuidados de salud basados en la evidencia, integrado en la Facultad de Salud y Ciencias Médicas de la Universidad de Adelaida, en Australia.

También ha sido miembro del Consejo Consultivo Asesor de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii), en el que ha trabajado activamente para desarrollar estrategias y promover acciones para el fomento de la investigación en cuidados de enfermería.

Sus dos inquietudes personales, la clínica y la jurídica, le han llevado a participar en el Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y en la Comisión Gallega de Bioética. En la actualidad es también miembro de la Junta Directiva del Instituto Auriensis de Bioética, primer instituto de bioética de Galicia.

Desde el año 2008 es director de la revista digital Ética de los Cuidados, promovida por la Fundación Index, integrada en la hemeroteca Cantárida. Revista que nace con una función específica «la apelación constante a la Ética». Hoy en día es una revista referente en el campo de la Bioética.

Es, además, miembro del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas Científicas de Enfermería y afines, cuya principal estrategia es la de universalizar el conocimiento enfermero.

El Dr. Martínez Ques, a la par de todas estas actividades, también viene realizando una intensa **actividad docente** a lo largo de la geografía española, formando principalmente a profesionales del Sistema Nacional de Salud, lo que le ha permitido acercarse a la visión que los profesionales

tienen de los problemas asistenciales actuales y al mismo tiempo transmitirles los principios y valores de los derechos humanos, de los que es fiel defensor, para ser trasladados a la práctica asistencial. Como alumno suyo que he sido, puedo decirles que no solo es un gran docente por el conocimiento que atesora, sino también por tener la cualidad innata de saber transmitir ese conocimiento a sus alumnos.

Ha impartido más de cuarenta cursos de formación continuada de las profesiones sanitarias, acreditados por la Comisión Nacional, a lo largo de la geografía española. Su amplia formación le ha permitido abordar diferentes temáticas, tales como: “Responsabilidades e implicaciones legales de los profesionales de enfermería en la actividad asistencial”, “Enfermería basada en la evidencia”, “Gestión eficaz de unidades de Enfermería”, “Gestión de eventos adversos”, “Cultura de la seguridad del paciente”, “Metodología de la investigación en ciencias de la salud”, “Lectura crítica y elaboración de recomendaciones”, “Revisiones sistemáticas y metaanálisis”, “La bioética en la práctica clínica”, “Humanización en el ámbito sanitario”, “Atención integral al paciente desde una perspectiva holística”, “Derecho y salud”, “Mejora continua de la calidad asistencial”, “Problemas éticos al inicio de la vida”, y un largo etc.

También ha impartido más de una veintena de cursos y talleres de formación continuada en el ámbito de la EOXI de Ourense con diferente temática: “Responsabilidades del profesional sanitario”, “Aspectos ético-legales de los registros de Enfermería”, “Investigación en ciencias de la salud”, “Búsquedas bibliográficas”, “Mejora de los derechos de los pacientes”, “Motivación de equipos de trabajo”, “Recursos en internet para enfermería”, “Problemas éticos en la práctica clínica”, entre otros.

Ha sido **ponente invitado** en más de una veintena de congresos nacionales e internacionales y jornadas de Enfermería. Por citar el título de algunas de sus ponencias:

- “Recursos para una práctica de la Enfermería basada en la evidencia”.
- “Aspectos éticos y jurídicos de la seguridad del paciente”.
- “Cuidados seguros: el factor humano”.
- “Investigar e innovar por un cuidado seguro”.

- “Análisis a la seguridad del paciente desde la perplejidad clínica”.
- “Confianza y confianza: bases para una relación terapéutica”.
- “Cómo implementar la evidencia y la ética en la práctica de los cuidados”.
- “Impacto y repercusión de las publicaciones de la Enfermería española”.
- “Hacia un modelo de relación clínica deliberativa: toma de decisiones compartida y planificación anticipada”.
- “La visibilidad del cuidado de enfermería: de la investigación a la publicación”.

Entre otras.

La **trayectoria investigadora** del Dr. Martínez Ques se ha centrado principalmente en la investigación clínica.

Como investigador principal ha obtenido ayudas en concurrencia compartida:

- En el año 2003, ayuda para la realización de proyectos de investigación de la Consellería de Innovación, Industria y Comercio y de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, para el proyecto *“Estrategias de afrontamiento ante el estrés percibidas en una unidad coronaria”*.
- En el año 2009, ayuda de la Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011, para el proyecto *“Efectividad clínica del cuidado del punto de inserción del catéter de diálisis peritoneal”*.
- En el año 2016, ayuda de la Acción Estratégica en Salud 2013-2016 y cofinanciado a cargo del Fondo Europeo de desarrollo Regional (FEDER), para el proyecto *“Diseño y validación de un cuestionario de medida de la calidad del proceso de planificación anticipada de decisiones (PROPAD)”*.

En su itinerario investigador ha recurrido repetidamente a dos enfoques metodológicos, por una parte, lo que en investigación biomédica se conoce como “revisiones sistemáticas” y por otra parte la metodología de la investigación cualitativa.

El Dr. Martínez Ques tiene en su haber, además, varias publicaciones en capítulos de libros, en obras colectivas y más de cincuenta artículos científicos publicados en revistas científicas y profesionales de impacto, así como haber participado con más de cincuenta comunicaciones en Congresos y Jornadas de Enfermería.

Esta labor científica se ha visto complementada con el ejercicio de diversos encargos como evaluador externo de proyectos de investigación y como revisor externo y miembro del comité editorial de distintas revistas científicas y profesionales, y con múltiples colaboraciones en diversos comités científicos y grupos de trabajo.

Toda esta actividad le ha sido reconocida con más de diez premios recibidos en distintos congresos y certámenes de ámbito autonómico y nacional, además del premio extraordinario de doctorado, así como con numerosas cartas de reconocimiento de diversos organismos e instituciones.

COMENTARIOS A SU DISCURSO:

«La atención sanitaria al adulto mayor y su protección frente a la discriminación»

En su brillante discurso *«La atención sanitaria al adulto mayor y su protección frente a la discriminación»*, el Dr. Martínez Ques aborda un problema de gran relevancia social, un problema que subyace en la atención sanitaria a las personas mayores y del que, tal vez, hay un gran desconocimiento. Un problema que choca frontalmente con la clara tendencia de humanizar la atención sanitaria y de humanizar el cuidado en el ámbito sanitario.

Por otro lado, la elección de este tema en su discurso de ingreso en la Academia, también viene a ser una clara declaración de intenciones del Dr. Martínez Ques de cara a las importantes aportaciones que desde la Academia puede hacer en el campo de la bioética y el derecho a la asistencia sanitaria.

La discriminación por razón de la edad es un fenómeno que tal vez se ha hecho más patente desde que en 1969 Robert Butler acuñara el término “ageismo” para describir la actitud negativa frente a las personas mayores que agrupa distintos comportamientos, desde la jubilación por edad hasta los malos tratos.

La Constitución española, en su artículo 14, establece que «Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social». En materia de salud, la Ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 1.2 establece que «son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional». En ninguno de estos documentos se hace referencia expresa a la edad. En el Tratado de la Unión Europea (UE) se señala, específicamente, que «la protección contra la discriminación por motivos de nacionalidad, género, origen racial o étnico, religión o creencia, discapacidad, edad u orientación sexual es un derecho fundamental de la ciudadanía de la UE». El artículo 21-1 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea «prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de edad», ante lo cual no parece que haya habido una respuesta muy efectiva.

Es una realidad que la sociedad occidental del siglo XXI tiende a emplear expresiones peyorativas para referirse a las personas mayores, como comenta el Dr. Martínez Ques en su discurso. Lo “viejo” se hace sinónimo de feo, antiguo, inútil, incapaz o incluso se empareja a una enfermedad. Nos olvidamos con cierta frecuencia de que en esta etapa de la vida las personas han adquirido experiencia, sabiduría, serenidad y generosidad. Pero también es una realidad que a medida que las personas mayores viven más terminan sufriendo, en mayor o menor medida, limitaciones o incapacidades para vivir de forma independiente.

En otras épocas de la Historia y en otras culturas esta percepción no es la misma. En los países orientales, por ejemplo, se venera y se respeta a las personas mayores e incluso las leyes obligan al cuidado de las mismas.

Es un hecho que nuestro país está envejeciendo, hay un aumento significativo del número de ancianos. Publicaba el Instituto Nacional de Estadística (INE) en junio de 2019 que la edad media de los españoles es de 43,4 años y que las personas mayores de 65 años representan el 65% de la población total. Nuestra Comunidad Autónoma, Galicia, tiene una de las poblaciones más envejecidas de España y está entre las veinte más envejecidas de Europa.

También es un hecho refrendado por distintos estudios que una quinta parte de la población está en riesgo de sufrir con ocasión de la asistencia sanitaria algún tipo de discriminación.

A estos hechos tenemos que unir la realidad de que todos, un día, llegaremos a ser viejos, sino ocurre antes una tragedia. Como decía Woody Allen «me interesa el futuro porque es el sitio donde voy a pasar el resto de mis días». Por supuesto que a todos debería interesarnos ese futuro, porque a todos nos gustaría disfrutar de una vejez reposada, tranquila y, por supuesto, plena de felicidad y de derechos.

Todo lo expuesto justifica la relevancia social y la pertinencia de los trabajos de investigación realizados por el Dr. Martínez Ques sobre este tema. Su doble formación como enfermero y jurista le permite hacer un abordaje profundo de análisis de las condiciones en las que se produce discriminación por razón de edad en el anciano, en el contexto de una atención sanitaria de calidad y en qué medida puede verse afectado el derecho a la protección de la salud y analizar también cuáles son los instrumentos jurídico-normativos existentes en materia de derechos humanos dirigidos a la protección de las personas de la tercera edad, en especial en el derecho a la salud.

A la par de este análisis, el Dr. Martínez Ques hace otro análisis de los distintos puntos de inflexión tanto a nivel social, jurídico y de las

profesiones sanitarias que sería necesario abordar en profundidad para minimizar la discriminación por razón de edad en los distintos ámbitos.

Concluye en sus estudios la importancia de que la sociedad asuma un papel proactivo en políticas de ancianidad fomentando el envejecimiento activo y creando las condiciones que favorezcan el disfrute de los derechos en condiciones de igualdad. Como dice la Dra. Laura Carstener, profesora Doctorada en Psicología y Directora del Centro de Estudios sobre Longevidad de Stanford, «hoy día el reto es construir un mundo que responda por igual de bien a las necesidades de los ancianos como a la de los jóvenes», «es urgente tener una mirada más positiva sobre el papel de nuestros mayores en la sociedad», «estamos ante la oportunidad única para un cambio social y científico en lo que respecta a la adaptación del entorno a una población envejecida».

En el ámbito jurídico concluye el Dr. Martínez Ques, la necesaria incorporación de la edad a la legislación estatal, en especial en los ámbitos necesitados de especial protección, como es el caso del ámbito socio sanitario.

También es necesario reflexionar sobre la actuación de los profesionales sanitarios y en esta línea marca una clara actuación sobre la necesaria formación y concienciación de los profesionales en este tema. En su discurso, el Dr. Martínez Ques hace alusión a las bases propuestas, en su día, por Florence Nightingale en materia de defensa de los pacientes, en las que hacía referencia a la calidad del cuidado, a un entorno limpio y seguro y derechos humanos básicos para todos. En este apartado considero que la profesora Magdalena Castro lo resume perfectamente cuando dice «los profesionales de la Enfermería entregan gran parte de su tiempo de trabajo a la labor asistencial y de gestión del cuidado, lo que dificulta detenerse a reflexionar algunos conceptos en los que está basada su profesión. Se hace necesario meditar sobre las bases y circunstancias deontológicas de la profesión de enfermería y considerar las responsabilidades éticas y jurídicas, todo lo cual obliga a ejercer una labor profesional consecuente a éstas».

La necesidad de humanizar el cuidado no debe tomarse como algo extraordinario si no como una necesaria obligación en salvaguarda de la ética y de la deontología enfermera. No debemos olvidarnos de que atendemos a las personas desde su concepción holística. Un paciente es mucho más que una persona con una enfermedad, tiene emociones, sentimientos, vivencias, historia personal, circunstancias y un entorno familiar. Esta atención integral debe tener muy presente el reconocimiento de la dignidad intrínseca del paciente, de tal manera que él sienta que es el centro de la atención y se sienta valorado como persona con todos sus derechos. En el caso de la protección del anciano, como dice el Dr. Martínez Ques, se hace necesario potenciar la función de la enfermera como defensora del paciente, defensa que debe hacerse con el cumplimiento de la ética profesional en todos los niveles: el cuidado, el respeto, la solidaridad y la esperanza; y añade dos niveles fundamentales en el cuidado de nuestros mayores, la pasión y la compasión.

Para concluir quiero hacer un reconocimiento al trabajo que viene realizando el Dr. Martínez Ques, fruto de la reflexión y de una gran madurez intelectual avalada por años de investigación, y que tiende puentes entre la bioética y el derecho a la asistencia sanitaria.

Concluyo diciendo que el Dr. Martínez Ques reúne sobradamente la excelencia que se le pide a un miembro de esta Academia y por eso el gesto ritual que se me pide de abrirle las puertas de la Academia, se convierte para mí en otro gesto más sencillo, humano y espontáneo, abrirle los brazos.

Muchas gracias.

He dicho.



Academia de Enfermería de Galicia, corporación de derecho público adscrita a la
Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia