

CEOMA

Confederación Española de Organizaciones de Mayores

C/ Pío Baroja, 10 -Edificio Cantabria - Madrid 28009
Teléfono: 91 573 52 62
Fax: 91 573 79 28
e-mail: ceoma@ceoma.org
<http://www.ceoma.org>

VII

CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES CEOMA

LA DISCRIMINACIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES

Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, celebrado en Madrid los días 24 y 25 de octubre de 2005.

Ponente: Ángel Oso Cantero

Secretario de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.

Presidente de Mesa: Jesús Sánchez Martos,
Catedrático de Educación para la Salud.

Vicepresidente: José Antonio García-Argudo López,
Presidente de AJUBANESTO.

Secretario: Rafael Barroso Guerra,
Vicepresidente 1º de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.

Vocal: Eladio García García,
Vicepresidente 2º de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.

Introducción

La salud es el asunto que más preocupa a la población en general y, especialmente, a las personas de edad. Esta inquietud viene reflejándose en todas las encuestas, a lo largo de los años. Así, según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el año 2002, las personas de más de 65 años otorgaban a la salud una puntuación de 9,8 sobre 10, mientras que al bienestar económico le asignaban 8,1 puntos. Es decir, la salud es más importante que el dinero.

Objetivamente es comprensible esta preocupación de los mayores, habida cuenta que, con la edad, se van acumulando los achaques, un mayor número de enfermedades de carácter crónico y una superior fragilidad para la adquisición de enfermedades agudas. No cabe la menor duda de que el envejecimiento constituye un muy importante factor de riesgo para todo tipo de dolencias.

Diversos estudios confirman que el 80% de los ancianos son portadores de, al menos, una enfermedad crónica y el 45% de más de una. Con estos datos, no cabe asombrarse de que sean estas personas mayores las que más acuden a las consultas, las que más ingresos hospitalarios producen y las que más productos farmacéuticos consumen. En una palabra, es el colectivo que más gasto sanitario genera.

Solo en farmacia, el gasto producido por los mayores se eleva, nada menos, que al 77,4% del gasto total. No es extraño, por consiguiente que sean vistos como una carga que pesa sobre los sistemas sanitarios y amenace su sostenibilidad financiera.

Es cierto que el progresivo envejecimiento de la población es uno de los factores del incremento imparable del gasto sanitario

en España. Pero no es menos cierto- como indica el Dr. Julio Villalobos en una de las enmiendas aportada a esta ponencia- que el factor fundamental es la constante incorporación de las nuevas tecnologías y la demanda, igualmente creciente, de servicios por los usuarios. En este mismo sentido, otra de las enmiendas presentadas, señala como agentes de gasto: la llamada medicina defensiva, ejercida por los profesionales de la salud como reacción a la progresiva judicialización de la actividad médica, el deterioro de la confianza en el médico de cabecera, la propia evolución de la sociedad y de las relaciones socio-familiares y la demanda excesiva de los recursos hospitalarios.

No obstante, de este criterio economicista, surge una de las más importantes formas de discriminación sanitaria del mayor. Una gerontofobia sanitaria que parte de estereotipos como el de que la enfermedad es consustancial con la vejez, o que las personas de edad ya han cumplido con su misión en la vida (¿Que más quieren? ¿Cuanto quieren vivir?) o son personas improductivas en las que la utilización de recursos sanitarios no tendrá un retorno social. Es más, en muchas ocasiones se presupone que la edad avanzada debe ser una contraindicación para tal o cual decisión médica y, para defender medidas de exclusión, se argumentan razones basadas en un supuesto beneficio al anciano: no molestarle, dejarle tranquilo, etc.

LA DISCRIMINACIÓN
SANITARIA DE LAS
PERSONAS MAYORES

CEOMA

1. Poner Límites: Una Propuesta Discriminatoria para el Mayor

Esta es la línea de razonamiento que propone un libro editado recientemente en España: *Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. (Daniel Callahan. Madrid 2004. Editorial Triacastela)

Publicado en EEUU en 1987, a pesar del tiempo transcurrido y de la enorme polémica levantada, este libro se ha convertido en un referente del debate sobre los fines de la medicina en nuestra época, sometida a la contradicción entre sus posibilidades tecnológicas y las dificultades para costear su aplicación en todos los casos, especialmente en los ancianos.

Su tesis central es que deben repensarse dos ideas muy arraigadas.

- ◆ La primera es que el progreso de la tecnología médica puede alargar la duración y mejorar la calidad de vida en la edad avanzada, indefinidamente.
- ◆ La segunda es que, en los sistemas públicos, no debe contar solo las necesidades individuales sin compromiso de edad, sino que debe primar el reparto intergeneracional de los recursos y **deben establecerse claros límites a la atención de los ancianos**.

A los responsables de las políticas sanitarias, el libro les sugiere que alargar el alargamiento indefinido de la vida tiene un coste muy elevado y unas ventajas pequeñas para el conjunto de la población. Tanto la asistencia como la investigación han de dirigirse preferentemente a evitar muertes prematuras y, en el caso de los viejos, aumentar su calidad de vida, no alargarla a toda costa.

A los médicos que atienden ancianos, les recomienda cambiar el énfasis desde la curación al cuidado, fortaleciendo la asistencia a domicilio basada en la enfermería, procurando una vida mejor a los ancianos y a los familiares que les cuidan. Debe destacarse que en 1987 no sonaba todavía la preocupación por la dependencia y Callahan no se refiere expresamente a ella, aunque esté presente en su preocupación por las familias cuidadoras.

A la sociedad le propone una nueva concepción de la muerte para considerarla como una realidad vital que hay que aceptar conscientemente y, al analizar el sentido de la vejez, el autor elabora dos conceptos para sustentar sus propuestas: “la duración natural de la vida” y “una muerte tolerable”. Callahan sitúa la frontera biológica de esa duración natural de la vida en los ochenta años.

De acuerdo con estos criterios, las obligaciones de la sociedad hacia los que han cumplido su ciclo natural no son las mismas que hacia los que no han llegado todavía a ello. La primera tarea sanitaria de una sociedad - según Callahan - es que los jóvenes y los maduros tengan la posibilidad de llegar a viejos, por encima de ayudar a los viejos para que lo sean más.

El criterio para no aplicar en los mayores ciertos tratamientos que pueden ser normales

en personas maduras, según el autor, debe ser la edad matizada, eso sí, por la biografía personal que hace diferentes a situaciones biológicas similares.

Un criterio puramente economicista que ha originado una gran polémica

El libro que, como venimos comentando, fue publicado en EEUU en 1987, estuvo impulsado por el desequilibrio existente en Norteamérica entre la asistencia médica a niños y ancianos. Mientras que los segundos estaban protegidos por el programa federal y universal Medicare, los niños y adolescentes carecían de una garantía similar, excepto cuando eran indigentes y protegidos por el programa Medicaid. Es decir: en EE.UU. los mayores reciben mejor asistencia que los niños.

Hemos de recordar que el modelo sanitario de EE.UU. dista mucho de parecerse al español. De hecho, está basado en el Aseguramiento Privado, con muy limitadas coberturas públicas, lo que le hace mucho más susceptible a las amenazas y propuestas ofrecidas por Callahan.

Mientras, en España las cosas son radicalmente diferentes: disponemos de un Sistema Sanitario gestionado por las Administraciones Públicas, de carácter universal y gratuito. Y con unas coberturas sanitarias de gran amplitud y un alto nivel científico y profesional. Lo que no quiere decir que carezca de defectos susceptibles de ser corregidos, como veremos enseguida.

2. La Situación en España

En contraste con EE.UU., en nuestro país el desequilibrio intergeneracional, en lo referente a la asistencia sanitaria, es claramente favorable a los niños, a los jóvenes y a los maduros.

Cuando el ponente iniciaba su actividad profesional, como médico especialista en Pediatría – allá por los años 60 del siglo pasado – el problema sanitario más urgente era el de la atención especializada a los niños. La mortalidad infantil era elevada, las enfermedades infecciosas, como la meningitis meningocócica o tuberculosa, hacían estragos. La poliomielitis invalidaba para toda la vida y no había centros hospitalarios ni estructuras sanitarias para acoger tanta demanda asistencial.

La respuesta de las autoridades sanitarias fue coherente. Se crearon servicios hospitalarios de Pediatría, por todo el territorio español, con notable dotación técnica y de cualificado personal. Numerosas plazas de Pediatría-Puericultura, en Atención Primaria de la Seguridad Social. Cátedras de Pediatría en todas las universidades y Escuelas de formación de personal de enfermería. Todo esto, con las complementarias campañas de prevención y educación sanitaria de la población, alcanzó el objetivo propuesto de rebajar las tasas de mortalidad y morbilidad infantil a cifras competitivas con las de los países más desarrollados.

Por entonces, en las consultas de Atención Primaria de la Seguridad Social, podían concentrarse hasta 100 y 150 niños, mientras que las consultas de adultos no superaban los 20 enfermos al día. La situación ha cambiado radicalmente hasta el punto de que las consultas de adultos están sobrecargadas en tanto que las de niños están más despejadas.

Este cambio obedece, sin duda, a la importante variación que ha sufrido la población, en nuestro país. Basta observar los datos de la Tabla I para comprenderlo. La población de mayores de 65 años se ha multiplicado por tres, mientras que la de los menores de 15 años (edad de la asistencia pediátrica en el S.N.S.) se ha reducido casi en igual proporción. **En estos momentos hay, en España, más viejos que niños.**

Tabla I. Población según edad

AÑO	1960		2004	
Total población	30.528.539		43.197.684	
Niños 0-15 años	13.772.720	45,11%	6.118.710	14,16%
Mayores de 65 años	2.505.165	8,20 %	7.301.009	17,87 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Como es bien sabido, este envejecimiento de la población española, tiene su origen en la confluencia de estos dos factores:

- ◆ El acusado descenso de la natalidad, en los últimos 25 años.
- ◆ El crecimiento de la esperanza de vida.

La natalidad se ha reducido casi a la mitad, con su nivel más bajo en 1996 y un ligero repunte en los últimos años (**TABLA II**).

Tabla II. Natalidad por 1000 habitantes

AÑO	Tasa bruta de natalidad	Nº medio hijos por mujer
1975	18,76	2,803
1980	15,22	2,215
1990	10,33	1,362
1996	9,20	1,164
2003	10,50	1,303

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En tanto, la esperanza de vida creció en 5 años para los varones y en 6 años para las mujeres. (TABLA III).

Tabla III. Esperanza de vida al nacimiento

AÑO	TOTAL	VARONES	MUJERES
1975	73,34	70,40	76,19
1980	75,62	72,52	78,61
1985	76,52	73,27	79,69
1990	76,94	73,40	80,49
1995	78,03	74,44	81,63
1998	78,71	75,25	82,16

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Al haberse modificado, tan radicalmente, la demografía en España. Al ser ya mayoritaria la población de más de 65 años, respecto a los niños y los adolescentes, y teniendo en cuenta las expectativas de progresivo envejecimiento de la población, cabía pensar que las autoridades sanitarias se percatarían de las especiales necesidades de estas personas mayores y modificarían la política asistencial en su favor.

Lo razonable sería que prestaran más atención a este colectivo de mayores, e incrementaran los recursos sanitarios geriátricos, como se hizo con los niños – en recursos pediátricos- el pasado siglo.

Sin embargo, la situación al respecto no puede ser más preocupante:

- ◆ Solo hay una cátedra de Geriátría en las 27 facultades de Medicina existentes en España.
- ◆ Tampoco hay plazas de Geriátría, en cuanto tal, a nivel de Profesor titular. Aunque en algunas universidades (2-3) sí que existen Profesores Titulares en el Departamento de Medicina.
- ◆ El número de especialistas en Geriátría titulados en España, en estos momentos está en torno a los 750- 800.
- ◆ En los últimos años se vienen convocando entre 45 y 50 plazas de MIR. Una cifra a todas luces insuficiente.
- ◆ El número de Servicios de Geriátría en hospitales, es difícil de establecer, En todo caso, los cálculos apuntan a que apenas un 15% dispone de alguna Unidad o Servicio geriátrico.
- ◆ El número de consultores de Geriátría en Atención Primaria y Atención Especializada, **es de cero.**

Veamos en que se traduce este déficit de profesionales geriatras, en los distintos niveles asistenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud.

3. La Discriminación del Mayor en Medicina

La cuestión fundamental que se plantea, podría formularse de la manera siguiente: ¿Debe tenerse en cuenta el factor edad -cualquier edad- como un criterio definitivo, o al menos importante, para tomar una decisión médica? Desgraciadamente tenemos que contestar que esto es lo habitual en la práctica médica, como iremos viendo a lo largo de este informe.

Pero, si la discriminación por parte del médico es, en muchos casos real, aunque con matices, consideramos de mayor trascendencia y gravedad la discriminación institucional. La incapacidad del sistema sanitario español para adaptarse a las necesidades cambiantes de una población cambiante. Un sistema sanitario construido, hace más de medio siglo, a la medida de unas necesidades sanitarias, y demográficas, diferentes a las actuales y que sigue sin atender, aunque se conocen sobradamente, las nuevas necesidades sanitarias derivadas del progresivo, e irreversible, envejecimiento de la población.

El Profesor José Manuel Ribera Casado, Jefe del Servicio de Geriátría, del Hospital Clínico de San Carlos. Universidad Complutense de Madrid, establece un cuadro de discriminación del mayor en Medicina, que nosotros resumimos de la siguiente manera:

3.1 -EN ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

El anciano, como cualquier otro ciudadano, debe ser atendido, en primera instancia, en el marco de lo que hoy conocemos como atención primaria – en la Sanidad Pública, los Centros de Salud-. De hecho, según se desprende de algunas encuestas llevadas a cabo con médicos que actúan en estos centros, aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos son personas de más de 65 años. (algunos aseguran que alcanza al 80%)

Probablemente, la primera discriminación surge de la insuficiente formación especializada que estos médicos tienen en todo lo referente a los cambios ligados al hecho de envejecer, así como en los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de las enfermedades de los ancianos. Es algo de lo que también se quejan los propios profesionales que trabajan en atención primaria. Nada de ello se les ha enseñado en las facultades de Medicina.

En segundo lugar, otro elemento discriminatorio que sufren las personas mayores, es su exclusión de los programas de prevención y promoción de la salud. Un buen ejemplo lo constituye la exclusión de las mujeres mayores de 65 años, de los programas de prevención del cáncer de mama. Solo muy recientemente comienzan a diseñarse, en algunas áreas de salud, programas para esta población, que probablemente sea la que está en mayor riesgo.

En una línea muy parecida, cabría denunciar la práctica ausencia de ensayos clínicos con fármacos, que incluyan personas mayores. Este hecho es especialmente sangrante si tenemos en cuenta que son precisamente estas personas quienes más fármacos consumen y que, además, los prospectos de los medicamentos tienen obligación de hacer referencia concreta a las peculiaridades de este colectivo.

3.2 -EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA.

El segundo escalón, que define el modelo asistencial de nuestro Sistema Nacional de Salud, es el que se ocupa de la atención a aquellos pacientes derivados, desde los centros de salud por los médicos de atención primaria, para su examen, diagnóstico y tratamiento, por los médicos especialistas. La recepción de estos enfermos se realiza en Centros de Especialidades de carácter ambulatorio que, en muchas ocasiones, se ubican en las consultas externas de los hospitales.

Las especialidades que ofrecen esta asistencia, son las reconocidas por las leyes y normas aprobadas al respecto. En síntesis, suelen clasificarse en;

- a) Especialidades médicas (Medicina Interna, Aparato Digestivo, Cardiología, Endocrinología, Psiquiatría, etc.);
- b) Especialidades quirúrgicas (Cirugía General y del Aparato Digestivo, Ginecología, Traumatología, Cirugía Cardiovascular, etc.);
- c) Especialidades de diagnóstico (Laboratorio, Diagnostico por Imagen, Anatomía Patológica, etc.) y

d) Especialidades terapéuticas (Rehabilitación, Medicina Nuclear, Oncología Radio-terápica, etc.).

Todas estas especialidades están a disposición del usuario, en este segundo nivel de asistencia, **salvo la especialidad de Geriatría.**

Como ya hemos señalado, el número de especialistas geriatras en Asistencia Especializada, en toda España, es de cero.

3.3 -URGENCIAS HOSPITALARIAS Y CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

Es también constatable el trato discriminatorio que reciben, en muchos casos, los ancianos en nuestros servicios de urgencia hospitalarios. Suelen ser los últimos atendidos, de los que nadie quiere hacerse cargo, y a los que más tiempo se retiene. Suelen ser también los que muestran, en mayor medida, una patología más grave, por lo que, desde la urgencia, ingresan en el Centro en una proporción más alta. Son personas que, mayoritariamente sobrellevan una o más enfermedades crónicas cuya agudización, o la interferencia de otra enfermedad aguda, agrava considerablemente su situación vital. Esto justifica el porqué este colectivo recurre con más frecuencia a la urgencia hospitalaria.

Sin embargo, la atención que reciben, en muchas ocasiones, dista de ser la óptima. En general, una vez que han ingresado en una unidad de hospitalización, no suelen ser aceptados de buen grado por los profesionales encargados de su asistencia. Entre otras cuestiones, porque, habida cuenta de sus dificultades para la recuperación y la tendencia a la cronicidad, pueden generar estancias prolongadas y ocupación de camas que harían falta para pacientes más jóvenes.

La propia Administración ha utilizado con frecuencia un argumento que, además de ser rotundamente falso es claramente discriminatorio, para justificar el hecho de no favorecer la puesta en funcionamiento de Unidades o Servicios geriátricos en los hospitales. "Se nos llenarían de viejos" dice. Con experiencia y conocimiento de la realidad, el profesor Ribera Casado contrapone el criterio siguiente "Los viejos van a los hospitales cuando tienen un proceso agudo, llevados por sus familiares o por los médicos de atención primaria. El que haya o no servicios de geriatría en ellos lo único que añade es la posibilidad de prestar una atención más profesionalizada y eficaz a aquellos que la pueden necesitar en mayor medida".

Nosotros añadiremos que la afluencia de personas mayores a los hospitales podría limitarse, y mucho, si estuviera bien cubierta la atención primaria - y sobre todo la domiciliaria - junto a ese segundo nivel de la Asistencia Especializada que constituye el puente entre la hospitalización y el domicilio.

3.4 -ACCESO A UNIDADES ESPECIALES Y A LA ALTA TECNOLOGÍA.

Quizás el ejemplo más típico de discriminación y el más fácil de entender, es el que se deriva de la aplicación - o no aplicación - a los mayores de las tecnologías nuevas, y generalmen-

te caras, que surgen cada día en el campo de la medicina. También el acceso a unidades especiales (UVIS, UCIS, Unidades coronarias, Unidades de diálisis, etc.) que representa una de las limitaciones que la medicina y los médicos aplican casi de forma sistemática al paciente que ha superado una determinada edad. En España, una encuesta dirigida a los médicos que trabajan en unidades coronarias, pone de manifiesto que aproximadamente uno de cada cuatro utiliza el criterio de edad a la hora de aceptar pacientes en su unidad. Evidentemente, muchos hacen lo mismo, aunque no lo confiesen.

Sin embargo, sabemos que el anciano sí se beneficia, al menos en la misma medida que el paciente más joven, de técnicas y tecnologías avanzadas, como la monitorización de su función cardiaca tras un infarto agudo de miocardio, la angioplastia coronaria, la cirugía cardiaca en general, la diálisis renal etc. Y no digamos de las pruebas diagnósticas de las que es relegado en las listas de espera: TAC, RM, SPECT; estudios con isótopos, etc.).

Resumiendo, podemos reducir la discriminación sanitaria del mayor en estos cuatro asuntos clave:

- 1) la insuficiente formación especializada del médico de Atención Primaria
- 2) la ausencia de médicos geriatras en Atención Especializada.
- 3) la escasez, en nuestros hospitales, de servicios de Geriatría y de camas hospitalarias destinadas específicamente a las personas mayores.
- 4) la necesidad de desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (Aspecto que abordaremos a continuación).

4. Los Cuidados Paliativos

Un tema de gran actualidad, sobre todo después de la llamada crisis del Severo Ochoa, el hospital público de la ciudad madrileña de Leganés,

Una técnica que se define como "aquella que persigue básicamente evitar el dolor y el sufrimiento de los enfermos, cuando se han descartado otros tratamientos medico-quirúrgicos o farmacológicos".

Una técnica reconocida universalmente y que, con enorme frecuencia ha de aplicarse a enfermos terminales, desahuciados por los conocimientos médicos y que, irremediablemente han de fallecer a corto plazo.

Una técnica que, por lógica, es el colectivo de personas mayores, del que nos estamos ocupando en esta ponencia, el que con más frecuencia se ve enfrentado a ella.

El tema no es nuevo, aunque desgraciadamente haya saltado a una furiosa actualidad, en España, la pasada primavera. En el fondo, lo que se debate es la actitud de la sociedad ante el doloroso trance de la muerte.

Una situación que las generaciones anteriores aceptaban con todas sus consecuencias, de sufrimiento y dolor, reclamando únicamente que la muerte les llegara "en su cama y rodeado de sus familiares queridos".

Hasta hace pocos años, la demanda de bien morir en el seno familiar, se veía favorecida por el modelo de familia vigente en España, que prestaba una especial atención al anciano. Durante siglos se ha asumido que lo mismo que los padres están obligados a cuidar de sus hijos cuando son pequeños, también estos están obligados a cuidar de sus progenitores cuando se hacen viejos.

Esto ha sido mucho más fácil con familias grandes y una "edad avanzada" que rara vez alcanzaba los 70 años. El hecho de que la mujer no se hubiera incorporado al mercado de trabajo y pudiera ocuparse de atender a sus mayores, como una más de las labores del hogar, representaba una cobertura ideal para estas personas. Por otra parte, cierto prejuicio moral para debatir en público sobre la decrepitud y la muerte, junto a un acusado conservadurismo profesional, ha retrasado la llegada de una reflexión colectiva sobre como afrontar el final de la vida.

Sin embargo, con la prolongación de la esperanza de vida, las actuales familias pequeñas, (recordemos las tasas de fecundidad tan bajas en España) y la incorporación de la mujer al trabajo, esa especial atención familiar al anciano se ha visto sustituida por otras alternativas menos satisfactorias y con un coste emocional importante, tanto para los protagonistas como para los familiares afectados, poco preparados para plantearse decisiones de gran desgaste afectivo en el ocaso de sus progenitores, aunque la mayoría comprenda que son inevitables.

Decisiones como la que induce a llevar el enfermo terminal al hospital, en un ambiente generalmente frío y deshumanizado. Con el riesgo de morir rodeado de una nube de cables y tubos, sometido a un *encarnizamiento terapéutico*, muchas veces unido a un sufrimiento físico y psicológico muy cercano a la humillación. Una situación muy alejada del concepto de dignidad tan reclamado para ese momento.

Sin embargo, en las nuevas generaciones, se está produciendo un cambio cultural hacia la muerte, que supone compartir la afirmación del viejo Mitterrand, de que "*temo más a la decrepitud que a la muerte*".

En esta nueva generación hay una actitud, crecientemente generalizada, contraria a los excesos tecnológicos en la fase final de la vida. De acuerdo con este criterio, lo que parece imponerse es que la pauta de asistencia sanitaria al anciano, debería cambiar también desde la tecnología a los cuidados paliativos. Y la medicina de mayores debería tener como objetivo prioritario reducir el sufrimiento y proporcionar una calidad de vida digna. **Eso sí, estableciendo una frontera clara entre esta actitud y la eutanasia.**

Pero, veamos ahora cual es el papel que, ante esta situación, le corresponde asumir a los profesionales sanitarios.

■ LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Si el coste emocional para los protagonistas y los familiares es importante, más grave aún es el coste para los profesionales sanitarios que han debido adaptarse sobre la marcha, obligados por la limitación de recursos, ya sean camas hospitalarias, presión asistencial en las urgencias o insuficiencia de la Atención Primaria y los servicios a domicilio.

El objetivo de la Medicina es la recuperación de la salud perdida, la curación de las enfermedades y, cuando esto ya no es posible o cuando la muerte es inevitable, el deber de los médicos es aliviar el dolor y paliar el sufrimiento de los pacientes. Estos objetivos no son nuevos, antes bien constituyen la esencia de la profesión médica, puesta en práctica durante siglos, durante toda la historia de la humanidad.

En base a estos presupuestos, surgieron en Medicina, primero la especialidad de Anestesia, luego las Unidades del Dolor y a continuación, o simultáneamente, las Unidades de Cuidados Paliativos.

¿Qué significa el término paliativo?. Es suficiente con recurrir al Diccionario de la Lengua Española: *Dícese de lo que mitiga, suaviza o atenúa. Dícese especialmente de los remedios que se aplican a las enfermedades incurables para mitigar su violencia y refrenar su rapidez.*

El tratamiento o manejo clínico de los enfermos terminales, en los que fracasan radicalmente todos los tratamientos convencionales, consiste en preservarlos de su grave sufrimiento y el objetivo de disminuir su nivel de consciencia mediante la sedación paliativa se convierte en verdadero objetivo terapéutico. Incluso si de tal sedación se derivara un deterioro de la precaria o exigua salud del enfermo y en consecuencia su muerte.

En estas condiciones, la sedación paliativa es un acto médico y humanitario, una práctica ética admitida por la Medicina y aceptada por la Moral de todas las confesiones religiosas y civiles. **No puede, ni debe, confundirse con la eutanasia.**

Otra cuestión, de la máxima importancia, es que un desarrollo moderno y de verdadero progreso en el manejo de la muerte exige un lugar idóneo, un ambiente sereno y un tiempo adecuado que permita la reflexión. En este sentido, nada más adecuado que "mi cama rodeado de mis familiares queridos". Por ello, reivindicamos la asistencia domiciliaria de estos enfermos y la atención de cuidados paliativos en este ámbito, por personal especializado.

Lo que no se puede admitir es que este tránsito hacia la muerte tenga que realizarse en unos Servicios de Urgencia materialmente desbordados por la avalancha de enfermos. Desbordamiento que se hace crítico – y en ocasiones insoportable – en épocas de epidemia, dando lugar a situaciones límite que alcanzan a herir la dignidad de muchos enfermos y sus familiares.

Volviendo a la responsabilidad institucional, es imperiosa la necesidad de desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, aprobado en diciembre de 2000 y que establece como objetivo el que más enfermos terminales fallezcan en su domicilio.

Actualmente, los expertos en estas situaciones límite de la existencia, insisten en que un 75% de la población española no tiene acceso a los Cuidados Paliativos. En la Comunidad de Madrid, se contabilizan unas 90 camas, entre públicas y privadas, cuando la Sociedad Española de Cuidados Paliativos estima necesarias 80 por cada millón de habitantes, lo que supondría la necesidad de 471 camas en la región.

Por lo que afecta a la atención sanitaria a los mayores, objeto de esta ponencia, confiamos en que el escándalo del Hospital de Leganés sirva, al menos, para que las autoridades tomen conciencia de la importancia trascendental que, para nosotros, tiene este asunto.

5. La Asistencia Farmacéutica

Es, sin duda uno de los aspectos más relevantes de la asistencia sanitaria de las personas mayores. No solo por su incidencia en el gasto de la sanidad pública, sino porque es, por el momento, la única parcela de la asistencia sanitaria en la que el anciano goza de una discriminación positiva.

La utilización, por los pensionistas, de unas recetas especiales con las que obtienen sus medicamentos a coste cero, es una conquista social que es necesario defender resueltamente ante las amenazas, que surgen periódicamente, de introducir una participación económica – copago – similar a la que gravita sobre los trabajadores activos.

El argumento que se esgrime, para proponer esta tropelía, es que los mayores consumimos muchos medicamentos y que esto desequilibra la economía del Sistema Sanitario.

Pero veamos cual es el problema. Como se dijo en las primeras páginas de esta ponencia, los ancianos acumulan un mayor número de enfermedades: el 80% presenta al menos una y hasta el 45 % más de una.

Con estos datos, es lógico que sean estas personas mayores las que hagan un mayor consumo de fármacos, hasta el punto de que, en España, originan casi el 80% del gasto farmacéutico total.

De media, estas personas consumen de 2 a 4 fármacos diferentes cada día. Y, a lo largo del año, pueden haber consumido entre 17 y 20 medicamentos distintos. Sin embargo, este patrón de consumo no es exclusivo de España, sino que es propio de los países desarrollados. Y, también es un hecho generalizado, que el número de medicamentos consumidos aumenta con la edad, habida cuenta que se agregan nuevas enfermedades.

Sin embargo, la asociación de fármacos no es inofensiva para el mayor. De hecho, las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) generan el 10% de los ingresos hospitalarios, las sufre un 25% de los ancianos ingresados y un 35% de los tratados ambulatoriamente.

En multitud de ocasiones, las manifestaciones clínicas de las RAM (Reacciones Adversas a los Medicamentos) no son diagnosticadas como tales y pueden originar: inquietud, agitación, caídas, depresión, confusión, deterioro cognitivo, estreñimiento, incontinencia. Síntomas que podrían ser evitados mediante un control especializado – geriátrico – que coordinara esa multifarmacia proveniente, la mayoría de las veces, de las diferentes consultas (cardiología, digestivo, reumatología, endocrinología, etc.) a las que se ve obligado a asistir. Una labor que debería realizar el médico de asistencia primaria y que no realiza por insuficiente formación especializada.

Y, volviendo al asunto del copago de los productos farmacéuticos que, según se ha dicho, debe aplicarse a los jubilados con pensiones altas, por contraste con los activos de salarios bajos, debe quedar clara una cuestión. Los jubilados con pensiones altas han contribuido durante muchos años con su tributación y sus cotizaciones a la Seguridad Social, para obtener unos beneficios sociales que les pertenecen y que son irrenunciables. Estos

pensionistas están sufriendo, en su economía familiar, una discriminación añadida por cuanto, desde el año 1984 se les viene sometiendo a un recorte de sus pensiones por el establecimiento de un límite o tope. Injusticia que está afectando a unos 80.000 pensionistas, en toda España y que, las organizaciones de mayores están reclamando su reparación.

Pero es que, además del derecho adquirido de los jubilados a disfrutar de la gratuidad de los medicamentos, conviene aclarar que la incidencia económica de la participación – copago – no es la misma en un activo joven que goza de buena salud y no consume medicamentos en todo el año, que en el pensionista que, como hemos visto, está sometido a una polifarmacia permanente y progresiva.

La introducción del copago significaría una más, y esta vez escandalosa, discriminación sanitaria del mayor.

6. Consideraciones Finales

Admitido que al anciano se le discrimina sanitariamente, en función de su edad, todavía caben algunas consideraciones acerca del porqué se produce esta discriminación.

Ciertamente, las personas mayores, por el mero hecho de serlo presentan más indefensión ante una sociedad que, en cierta medida, les resulta hostil. Pero hay otras posibles explicaciones adicionales, entre las que cabría señalar las siguientes:

- ◆ Las actitudes de muchos médicos que, por su escasa formación en gerontogeriatría, se muestran muchas veces indecisos o temerosos en la aplicación de los tratamientos o la utilización de las nuevas tecnologías, por miedo a las reacciones adversas o las posibles complicaciones. También se pueden incluir aquí algunas actitudes de condescendencia mal entendida que se refugian en argumentos como “para qué vamos a molestarle” o la tendencia de huir de unos enfermos que plantean más problemas y suelen ser más laboriosos y complicados.
- ◆ Las actitudes de los propios enfermos y de sus familiares. La sensación de que ya se ha vivido mucho o de que “no merece la pena” sigue estando bastante extendida. También, como en el caso de los médicos, el miedo a eventuales complicaciones o a los efectos secundarios.

Ahora bien, desde nuestro punto de vista, nada justifica que se tenga en cuenta el factor edad – cualquier edad – como un criterio definitivo, o importante, cuando se trata de seleccionar a los posibles beneficiarios de una decisión médica.

Y para defender esta rotunda afirmación existen muchas razones de diverso tipo: éticas, jurídico-legales, sociodemográficas, médico-clínicas, científicas y hasta de sentido común.

Recoger simplemente, a modo de ejemplo, la recomendación emanada de la Asamblea General del Comité de Médicos de la Unión Europea, que dice “*los derechos de las per-*

sonas mayores son idénticos a los del resto de ciudadanos. Las personas mayores deben tener el mismo acceso a los sistemas de salud que cualquier otro ciudadano, sin ningún tipo de restricción". De hecho, la Constitución Española y la Ley General de Sanidad amparan este derecho, jurídica y legalmente.

Los argumentos sociodemográficos tampoco son desdeñables. No se puede excluir de ningún posible beneficio sanitario a un colectivo que representa ya más del 18 % de la población y que es el que más demanda genera. Finalmente, las razones científicas y las directamente médicas, han sido expuestas a lo largo de esta ponencia.

Ya se ha señalado que los insuficientes conocimientos de muchos médicos sobre los principios de la geronto-geriátrica, puede explicar algunas actitudes discriminatorias. También se ha dicho que esta insuficiente formación, no es responsabilidad de los profesionales, sino de los programas de enseñanza que se les imparte en la Universidad.

Asimismo, hemos denunciado la irresponsabilidad institucional que supone la ausencia de especialistas geriatras en todos los niveles de nuestro tan elogiado, y elogiado, Sistema Nacional de Salud. Sin duda, entre las medidas que las organizaciones de mayores debemos reclamar, está el establecimiento, en todos los hospitales importantes, de un Servicio de Geriátrica, así como la creación de consultores geriatras en todas las áreas de salud. Potenciando, al mismo tiempo, la formación en geriátrica de los médicos de atención primaria, primeros responsables de la atención familiar y comunitaria.

Y, por supuesto, desarrollar el pendiente Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

A manera de conclusiones y regresando al comienzo de nuestra reflexión, queremos dejar patente nuestro rechazo a las tesis del libro de Daniel Callahan de "establecer claros límites a la atención de los ancianos". Sin embargo, la defensa que en estas páginas se hace de la no-discriminación, en función de la edad, no debe interpretarse como una licencia para entrar en esa nube de cables y tubos que llamamos encarnizamiento terapéutico Nada más lejos de nuestra intención y así hemos querido ponerlo de manifiesto cuando hemos abordado el capítulo de los cuidados paliativos. En lo que sí estamos de acuerdo con Callahan, es que la medicina de mayores debe tener como objetivo prioritario reducir el sufrimiento y proporcionar una calidad de vida – y una muerte – digna.

Tras la presentación del presente documento en el marco del Congreso, los participantes en la misma, decidieron RECLAMAR:

1. Un Servicio de Geriátrica en todos los hospitales importantes.
2. Especialistas Geriatras en todas las Áreas de Salud.
3. Potenciar la formación en Geriátrica de los médicos de Atención Primaria
4. Desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos
5. Rechazar el copago en la Asistencia Farmacéutica.
6. Suprimir el copago farmacéutico a los jubilados de la Mutualidad de Funcionarios civiles (MUFACE), militares (ISFAS) y de la Administración de Justicia (MUGEJU)
7. En relación con la Comunicación presentada por Don José Antonio García-Argudo López

7.1.- Solicitar de la Administración del Estado, el desarrollo normativo del Apartado 2 del Artículo 67 de la Ley General de la Seguridad Social 1/1994, de 20 de junio.

7.2.- Solicitar de las Comunidades Autónomas que hayan recibido las competencias en materia de Sanidad de la Seguridad Social, el desarrollo de la normativa reguladora de las Entidades Colaboradoras para la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y su financiación, dando estabilidad y continuidad al Sistema de Colaboración con la Red Autonómica de Salud Pública

7.3.- Solicitar de la Comunidad Autónoma de Madrid, que cumpla con el compromiso electoral adquirido por su Presidenta, DE CUMPLIR Y HACER CUMPLIR los compromisos en que se subrogó dicha Comunidad con la transferencia del INSALUD, y que fueron suscritos en su día entre el INP y Empresas Entidades Colaboradoras para la asistencia sanitaria a pensionistas y familiares beneficiarios procedentes de dichas empresas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACTAS DEL I FORO DE ENVEJECIMIENTO Y SALUD.
"El futuro de la atención socio-sanitaria en Europa".
Fundación Sanitas. Octubre 2003.
2. CALLAGAN, DANIEL
"Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece".
Traducción de A. Mauri y J. L. Puerta.
Triascastela, Madrid, 2004. (Edición patrocinada por la Fundación PFIZER).
3. CASADO, DAVID
"Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades".
CRES. Barcelona 2000.
4. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS).
Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Informe 2002.
5. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. 2002.
"El futuro de la Asistencia Sanitaria y de la atención a las personas mayores".
6. DECLARACIÓN DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID.
"En torno a los sucesos del Hospital Severo Ochoa de Leganés de la Comunidad de Madrid".
13 de abril de 2005.
7. FUNDACIÓN BBVA. 2003.
"Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España".
8. FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD.
"Envejecimiento y Dependencia. Futuros deseables y futuros posibles. Análisis prospectivo".
Barcelona 2000.
9. GARCÍA VARGAS, JULIÁN
"El sentido de la vejez, la tecnología y los fines de la medicina".
Ars Médica. Revista de Humanidades. 2005.
10. GARCÍA VARGAS, JULIÁN
"La polémica del copago".
Revista OMC. Agosto 2004.

11. GIL GREGORIO, P.
"Aspectos éticos de la enfermedad de Alzheimer". Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
12. GONZÁLEZ GUERRERO, J.L. Y OTROS
"Medicina preventiva en las personas mayores".
 JANO. Tema monográfico sobre la salud del anciano. Mayo 2002.
13. INSALUD.
Indicadores de prestación farmacéutica 2002
14. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Base de datos INEbase.
 · **Población (1960) y Población (2001).**
 · **Población por edad (año a año) y sexo.**
 · **Demografía y población. Esperanza de vida al nacimiento.**
 · **Natalidad y fecundidad. Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes.**
 · **Numero medio de hijos por mujer.**
15. JORNADA FUNDACIÓN SANITAS
"Dilemas éticos en la atención a la dependencia". Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, junio 2005.
16. MARTÍN GRACZYK, A.I..
"Decisiones quirúrgicas y edad". Clínicas Geriátricas Núm. XI. 1995.
17. MARTÍNEZ AGUAYO, C.
"Anciano, coste sanitario y soporte social. Papel del Estado". Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
18. NÚÑEZ OLARTE, J.M.
"El problema del control del dolor en el enfermo terminal geriátrico".
 Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
19. O.M.S.
"Salud y envejecimiento". Observatorio de personas mayores. Noviembre 2001.
20. PASTOR VICENTE, EVA.
"Consumo de fármacos en el anciano. Iatrogenia".
 Conferencia en el Colegio de Médicos de Madrid. Marzo 2005.
21. PÉREZ SEGURA, P., DÍAZ-RUBIO, E.
"Decisiones terapéuticas en el paciente anciano oncológico". Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
22. RIBERA CASADO, J.M.
"Paciente anciano y atención sanitaria. ¿Un paradigma de discriminación?".
 Clínicas Geriátricas. Núm. XI. 1995.
23. RODRÍGUEZ ROVIRA, EDUARDO
"Salud y personas mayores: La discriminación sanitaria del mayor".
 CANTABRIA ACADÉMICA nº 194. Academia de Medicina de Cantabria. Santander. Diciembre 2004.
24. SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, M. A.
"Aspectos éticos de la nutrición y la hidratación artificiales". Clínicas Geriátricas Núm. XI. 1995.
25. SEMEG. 2002.
"El sistema sanitario discrimina al anciano".
26. SEMEG 2003.
"Reflexiones sobre la atención sanitaria al anciano".
27. SEMINARIO MUNDO MAYOR.
"Maltrato en las personas mayores". 17 de mayo 2005.
28. SIMÓN LORDA, P.
"El consentimiento informado en el anciano". Clínicas Geriátricas Núm. XI. 1995.

COMUNICACIONES enviadas al VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores en relación a la Ponencia: **"Discriminación Sanitaria del Mayor"**

DISCRIMINACIÓN
 POR LA EDAD (ETAISMO)
 EN LA PRÁCTICA MÉDICA

DISCRIMINACION DE
 LAS PERSONAS MAYORES EN
 LA INVESTIGACION CLINICA

¿ES LA EDAD LA VARIABLE
 CRÍTICA?

DISCRIMINACIÓN
 DE LOS MAYORES EN LOS
 ÓRGANOS SANITARIOS
 DE REPRESENTACIÓN

¿SUFREN LOS PACIENTES
 DE PARKINSON UNA
 DISCRIMINACIÓN SANITARIA
 NEGATIVA EN FUNCIÓN
 DE SU EDAD?

DISCRIMINACIÓN POR LA EDAD (ETAÍSMO) EN LA PRÁCTICA MÉDICA

*Dra. Dña. María Herrera Abián y Prof. D. José Manuel Ribera Casado.
Servicio Geriátría Hospital Clínico.*

El objetivo de la presente comunicación es poner énfasis, una vez más, en la discriminación a la que se ve sometida la persona mayor en el ámbito de la atención médica. Dentro de los muchos aspectos a los que nos podríamos referir nos limitaremos a apuntar de manera esquemática los tres campos siguientes:

- 1. Transplantes de órganos:** donde los mayores de 65 años quedan excluidos de ser receptores, y en cambio son los principales donantes.
- 2. Prescripción farmacológica:** en la que los mayores de 75 años necesitan un informe especial para recibir determinados medicamentos, únicamente por motivo de su edad
- 3. Terminología médica:** donde se emplea una semántica inadecuada y en ocasiones despectiva como demencia senil que puede llevar a ridículas discriminaciones como el derecho al voto en el último cónclave.

1.- TRANSPLANTES DE ÓRGANOS:

Es habitual en la práctica médica que se tenga en cuenta la edad para tomar decisiones, por lo que muchas veces a las personas mayores se las excluye de determinadas prácticas terapéuticas, lo que se justifica por el desfase riesgo beneficio, por la mala praxis ética del encarnizamiento terapéutico o por considerar que la esperanza de vida no justifica el riesgo, la morbilidad o el empleo de recursos biológicos o económicos limitados.

Desde hace unos años el envejecimiento de la sociedad con buena calidad de vida, y la instauración en nuestro país del régimen democrático, que hace del derecho al voto la mejor arma de un colectivo numeroso, la presión social de las Asociaciones de Mayores, el desarrollo científico y meticoloso de la Bioética, las normativas legales de los derechos de los pacientes, que se han enriquecido con múltiples jurisprudencias, destinadas principalmente a defender la libertad de las decisiones personales, ha motivado que las Sociedades Médicas de las diversas especialidades hayan desarrollado protocolos que determinen, de forma razonada, las limitaciones de las actividades terapéuticas. No obstante estos protocolos presentan en muchas ocasiones situaciones inaceptables desde el punto de vista científico, social y ético.

En ese contexto un buen ejemplo de arbitrariedad lo constituyen los criterios de exclusión a la hora de formar parte de un programa de trasplante visceral. Así la edad aparece como criterio en muchos de ellos. Comentaremos únicamente dos casos: trasplante de hígado y de pulmón, por más que consideraciones similares cabría hacer en otros casos (riñón, corazón, etc.).

Figura 1. **Edad de los donantes de órganos. España 2004**

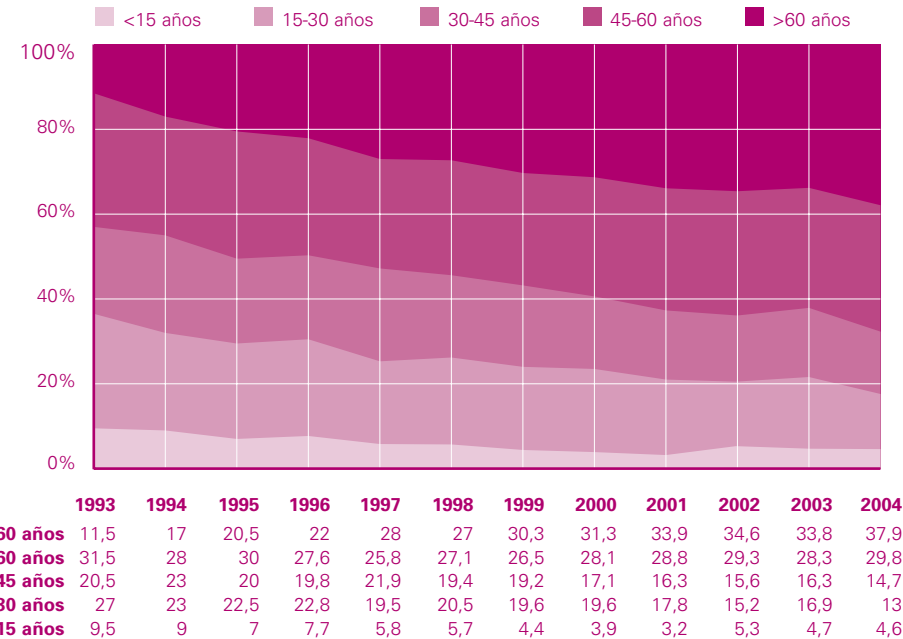
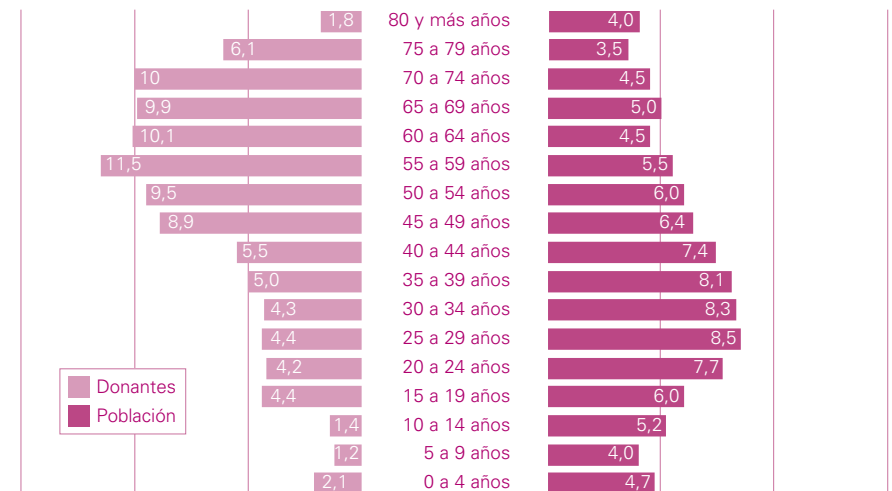


Figura 2. **Grupos de edad de la población* y donantes españoles**



* Población Censo año 2001

Para los especialistas de Aparato Digestivo el trasplante hepático se limita a partir de los 60 años y se excluye totalmente a partir de los 65 años, sin tener en cuenta la calidad de vida ni ninguna otra circunstancia, como la ausencia de hábito etílico, cuestión ésta que con dos años de abstinencia permite el trasplante en pacientes más jóvenes.

Para los neumólogos las exclusiones al programa de trasplante pulmonar son también injustificadas. Se excluye a los mayores de 65 años del trasplante unipulmonar, a los mayores de 60 años del bipulmonar y a los mayores de 55 años del trasplante cardiopulmonar. Esta forma de exclusión parece basada en puntos de corte de consenso y no en razones científicas claras y determinantes. Además es justo señalar que hay patologías en el Aparato Respiratorio, que padecidas por jóvenes, pues son congénitas, conllevan riesgos importantes y presentan una esperanza de vida menor que otras patologías del adulto.

A nadie se le oculta que los riesgos de cualquier proceder terapéutico aumentan con la edad. Sin embargo, no es la edad el único factor limitante, ni el número de años es una escala de riesgo con carácter uniforme. Hay muchas formas de tener 70 años, como las hay de tener 16 años, edad a la que se consultan las decisiones terapéuticas, y su opinión es determinante si se le considera "menor maduro", terminología justamente creada para respetar la decisión a quien se le ha probado un grado especial de responsabilidad personal, responsabilidad mucho menos dudosa en un adulto de 65 años, o de mayor edad, no incapacitado legalmente.

A las razones expuestas, habría que añadir algunas consideraciones sacadas de las estadísticas que presenta, habría que añadir algunas consideraciones sacadas de las estadísticas que presenta la Organización Nacional de Trasplantes: en España los donantes de órganos han aumentado de forma clara en los últimos 10 años, pero como se aprecia en la figura 1, a expensas de las personas de mayor edad. Apréciase que mientras los mayores de 65 años constituyen el 38% de los donantes. Los menores de 45 años, que son los que más se benefician de los órganos donados, contribuyen con el 20% de las donaciones.

Esto último se comprueba en un gráfico comparativo, como el que muestra la figura 2, en el que se observa cómo en el momento actual son las personas mayores las que están contribuyendo mayoritariamente a un banco de órganos del que se encuentran, en gran medida excluidos.

No se quiere introducir aquí una cuestión de "pertenencia" de los órganos donados, contraria al espíritu y a la letra de la Ley de Trasplantes y a cualquier sentido ético. Todo lo contrario, lo que se plantea es un ejemplo de solidaridad y generosidad que debe ser correspondido con igual talante.

2.- PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA.

Llama la atención la nueva Guía de Farmacogeriatría elaborada por la Comunidad de Madrid, donde se estipula que la prescripción de antipsicóticos a los pacientes mayores de 75 años necesita un informe especial para ser prescritos con cargo al IMSALUD por sus posibles "efectos secundarios". En este contexto habría que destacar que estos supuestos efectos secun-

darios no han ocasionado la retirada del fármaco del mercado, ni parece que sean importantes si se abonan a cuenta del dinero del paciente o días o semanas antes de ese cumpleaños. Sorprende aún más, como ha manifestado el Servicio de Geriatría del Hospital Clínico, que al hacer pública esta disposición se manifieste que se confía en la labor de los médicos. Si fuera así no se necesitaría ningún tipo de visado. Por otra parte es muy probable que esta decisión sea anticonstitucional en la medida en la que introduce de forma explícita una discriminación en función de la edad, que se opone frontalmente a la igualdad que debe presidir la convivencia de los ciudadanos sin ningún tipo de exclusión basada en sexo, raza, edad, religión, o cualquier otro parámetro de este tipo.

3.- TERMINOLOGÍA MÉDICA.

Por último debemos hacer una puntualización con respecto al mal uso de terminología muy usada y radicalmente inaceptable. En concreto el objetivo de esta comunicación se centra en el empleo del adjetivo senil como un añadido a diversos procesos. Se trata de la utilización viciada de un calificativo que da lugar a diagnósticos equívocos e incorrectos como los de "Cardiopatía senil", "Demencia senil" y tantos otros parecidos. Tales diagnósticos no existen y su utilización supone un ejercicio de ignorancia que busca atribuir a la edad trastornos que siempre pueden ser atribuibles a causas precisas, por más que la incidencia y prevalencia de dichas causas pueda aumentar con la edad y verse facilitada por los cambios fisiológicos, patológicos y derivados del tipo de vida a los que pueda haber estado sujeto el paciente.

En el caso de los trastornos cognitivos, por ejemplo, las pérdidas pueden tener una etiología vascular o degenerativa, según la enfermedad contraída, pero no hay una demencia que acompañe a la edad "per se" con carácter involutivo. Lo mismo ocurre en el caso del corazón, donde la enfermedad coronaria y/o la cardiopatía hipertensiva sub yacen habitualmente tras la mal llamada "cardiopatía senil". La edad en si misma nunca es una enfermedad y este es un mensaje fundamental que debe asumir la sociedad y ante el que el anciano y su entorno debe sublevarse de inmediato.

En este contexto pueden resultar sorprendentes medidas como la adoptada recientemente en el Cónclave para elegir Papa, donde se establecía un límite a la edad de los cardenales para tener derecho a voto. De acuerdo con la letra de esta medida la iglesia daría como bueno el tema de la "demencia senil". Se aceptaría que la circunstancia de cumplir 80 años habría incapacitado a los cardenales para desarrollar la alta misión que tienen en la Iglesia. Curiosamente en la sociedad civil no existe limitación por razones de edad para ejercer el derecho a voto. Quizás aún más sorprendente sea el hecho de que nadie, hasta donde nosotros sepamos, haya protestado formalmente por esta forma de "etaísmo".

DISCRIMINACION DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA INVESTIGACION CLINICA

Dña. Begoña Gutiérrez y D. Alfonso J. Cruz Jentoft.
Unidad de Geriátría Hospital Ramón y Cajal.

La experimentación con seres humanos es tan antigua como la práctica de la medicina, pero hasta épocas recientes se limitaba a un proceso de ensayo y error, basado principalmente en las observaciones que realizaban los clínicos, de forma poco sistemática y escasamente científica. Hasta después de la Segunda Guerra Mundial, a raíz del Proceso de Nuremberg, no se establecieron los principios éticos básicos que deben tenerse en cuenta en la investigación con seres humanos y que constituyen el Código de Nuremberg, considerado como el primer código de ética.

En 1964 la Asamblea Médica Mundial aprobó un texto conocido como la Declaración de Helsinki. Esta Declaración, modificada posteriormente en varias ocasiones (la última en 2004), constituyó un punto de partida para las legislaciones nacionales sobre la investigación en humanos. En 1993 el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) publicó unas nuevas directrices (*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*). En algunos países se ha completado la vía legislativa con una reflexión bioética por medio de los Comités Nacionales de Bioética.

LOS ENSAYOS CLÍNICOS

La investigación clínica debe realizarse siguiendo unas normas metodológicas y clínicas. El procedimiento para llevarla a cabo es el Ensayo Clínico (EC).

En España los EC con medicamentos han sido objeto de regulación en el título III de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre, y de desarrollo reglamentario mediante el Real Decreto 561/1993 de 16 de abril. El Real Decreto 223/2004 de 6 de febrero incorpora al ordenamiento jurídico existente la Directiva 200/20/CE y sustituye al Real Decreto 561/1993. Esta Ley define como EC toda investigación efectuada en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos, y/o detectar las reacciones adversas, y/o de estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de uno o varios medicamentos en investigación con el fin de determinar su seguridad y/o su eficacia.

Se define un medicamento en investigación como la forma farmacéutica de una sustancia activa o placebo que se investiga o se utiliza como referencia en un EC, incluidos los productos con autorización de comercialización cuando se utilicen o combinen de forma diferente a la autorizada.

En el Artículo 3, respecto a los postulados éticos, se señala que sólo se podrá iniciar un EC cuando el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) que corresponda y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios hayan considerado que los beneficios esperados para el sujeto del ensayo y para la sociedad justifican los riesgos; así mismo sólo se podrá proseguir si se supervisa permanentemente el cumplimiento de este criterio.

Los CEIC evalúan los aspectos metodológicos, éticos y legales de los protocolos propuestos. Estos Comités están formados por un equipo interdisciplinario, en el que figuran médicos, farmacéuticos y enfermeros. Al menos dos miembros del CEIC deben ser personas ajenas a las profesiones sanitarias, siendo uno de ellos licenciado en Derecho, y al menos un miembro debe ser independiente de los centros en los que se lleven a cabo los proyectos de investigación que requieran la evaluación ética del Comité.

LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON PERSONAS MAYORES

Las personas mayores tienen características diferentes que les hacen responder de forma cualitativa y cuantitativamente distinta a muchos medicamentos. Son características farmacoterapéuticas diferenciales de las personas mayores las siguientes:

1. Pluripatología y polifarmacia: Casi el 80% de las personas mayores padecen alguna enfermedad crónica. Cerca del 36% tienen más de tres enfermedades crónicas a la vez. Por ello, reciben con frecuencia un elevado número de medicamentos de forma simultánea. Así mismo, es frecuente la automedicación.
2. Incumplimiento: En las personas mayores es frecuente encontrar que los problemas clínicos se vean condicionados por determinadas circunstancias sociales. La dificultad de seguimiento del tratamiento prescrito es una de las consecuencias más importantes de estas circunstancias.
3. Dosificación: La dosificación para las personas mayores muchas veces no está establecida en la bibliografía, debido a la falta de ensayos clínicos en este grupo de población. Además, las diferencias inter e intraindividuales de las personas mayores y sus alteraciones biológicas hacen necesario establecer dosificaciones específicas para estos pacientes, ya que se pueden originar problemas de toxicidad e ineffectividad.
4. Farmacocinética: Las modificaciones biológicas asociadas al envejecimiento hacen obligado un estudio específico de la liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción en las personas mayores, para acomodar las dosis y vías de administración a sus características.
5. Administración: las incapacidades físicas y psicológicas de las personas mayores (problemas de visión, habilidad manual, deglución, memoria...) y el uso de formas farmacéuticas inadecuadas dificultan la administración de los medicamentos
6. Información: Este grupo de población presenta dificultades especiales, por razones culturales y sociales, para poder entender adecuadamente la información

referente a los medicamentos, sus reacciones adversas y cómo afrontar estas situaciones.

7. Reacciones adversas: En las personas mayores se producen con más frecuencia e intensidad efectos farmacológicos no deseados por muchas razones (no individualizar los tratamientos, seguimiento escaso, enfermedades subyacentes, interacciones, errores).
8. Problemas nutricionales: En este colectivo se producen alteraciones en la composición hídrica, energética y proteica, de minerales, oligoelementos y vitaminas, debido a que su alimentación, con frecuencia, no es la adecuada. Esto condiciona el uso y el riesgo de los medicamentos.

A pesar de estar suficientemente fundamentada la necesidad de realizar ensayos clínicos con personas mayores, tanto desde el punto de vista científico como desde el ético y legal, se da la paradoja que salvo en determinados casos, los fármacos utilizados en las personas mayores no han sido sometidos a ensayos clínicos con sujetos de más de 65 años, y es este el grupo de población quien utiliza dichos fármacos con la misma o mayor proporción que otros grupos de población. Con frecuencia se asume que lo que constituye una buena alternativa terapéutica en un adulto lo es también en las personas mayores y que la pauta que se establece para unos es recomendable para los otros. Por otra parte, en la mayoría de los prospectos de los fármacos no se informa de que el producto no ha sido ensayado con personas mayores.

DIRECTRICES EUROPEAS SOBRE LA INVESTIGACIÓN EN EL ENVEJECIMIENTO

La Comisión Europea, en sus Programas Marco, dedica especial atención al envejecimiento, siendo la salud y la autonomía una de sus acciones principales.

La reciente Presidencia del Reino Unido en la Unión Europea ha destacado entre sus prioridades en materia de sanidad la seguridad de los pacientes y las desigualdades sanitarias, siendo las personas mayores un grupo de población clave.

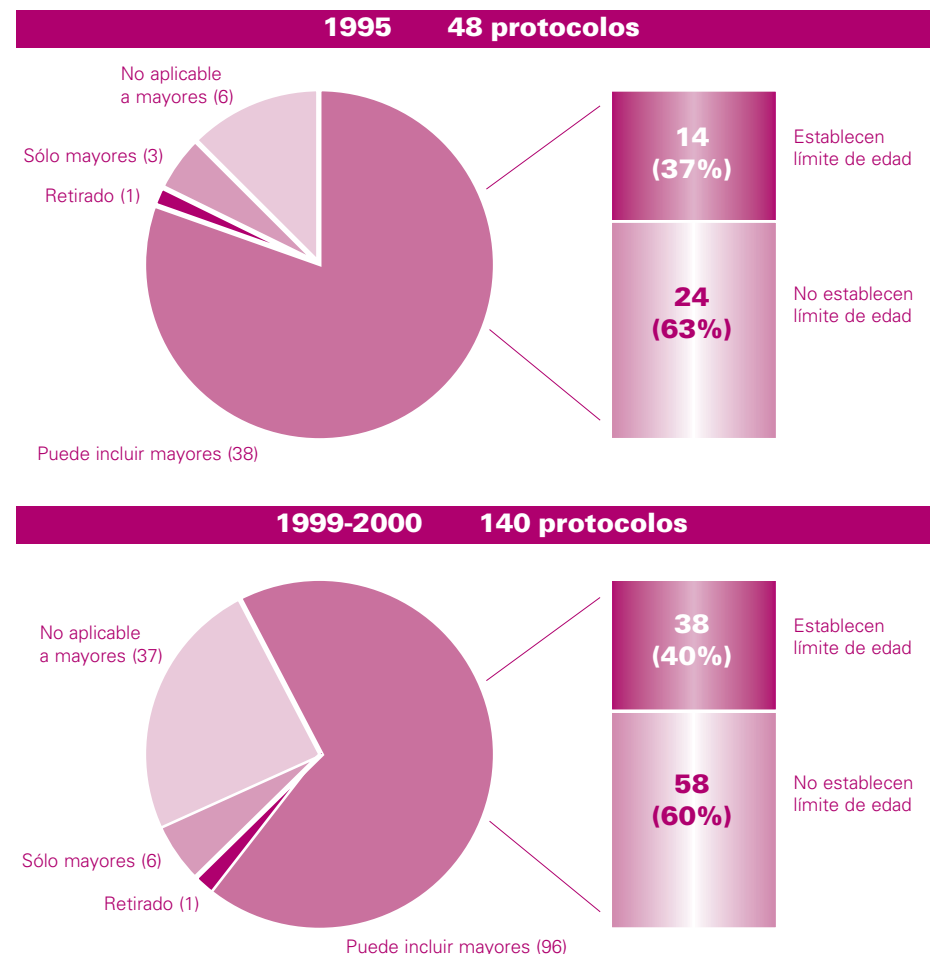
En todos los países de la Unión Europea se están celebrando debates dirigidos a la reforma de cuidados y atención sanitaria para afrontar el envejecimiento de la población. En nuestro país también existe el convencimiento de que debe potenciarse la actividad investigadora en el campo del envejecimiento. Instituciones de la administración del Estado, departamentos ministeriales de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Ciencia y Tecnología y Trabajo y Asuntos Sociales, han suscrito su deseo de facilitar y fomentar la investigación en el área de envejecimiento. Este propósito también es compartido a nivel autonómico y local, existiendo programas de fomento de la investigación que contemplan el tema de la salud de las personas mayores.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud, como parte del Proyecto "Medicamentos para Europa y el mundo" (18-11-2004) emite recomendaciones para que las investigaciones e innovaciones farmacéuticas respondan de forma idónea a las necesi-

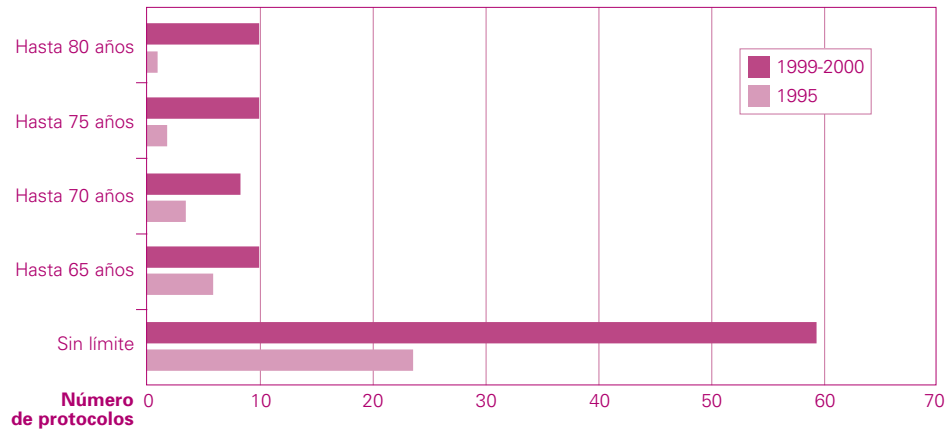
dades de salud y las nuevas amenazas sanitarias. Señala que a determinados colectivos, como el de las personas mayores, se les presta escasa atención en los procesos científicos o de elaboración de medicamentos.

En Europa se está envejeciendo. Se necesita apoyo permanente para que "la investigación básica" entienda mejor las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Las personas mayores son con frecuencia usuarios de medicamentos, aunque con igual frecuencia se les haya excluido de los ensayos clínicos.

No obstante, todas estas consideraciones éticas, clínicas y legales aún no han llegado completamente a la práctica de la investigación clínica. Recientemente hemos realizado un estudio sobre la discriminación del mayor en los ensayos clínicos, cuyos datos juzgamos de interés y describimos a continuación.



Límites de edad establecidos



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COMISIÓN EUROPEA. V PROGRAMA MARCO. 1998-2002. **"Calidad de vida y gestión de los recursos vivos"**. Programa de trabajo. Diciembre 1999. www.cordis.lu/life/src/part_docs.htm.
2. DEFENSOR DEL PUEBLO. **"La atención sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos"**. Madrid: Ed. Defensor del Pueblo. Informes estudios y Documentos. 2000.
3. REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. **"Investigación en Envejecimiento hoy: Principales retos de Salud Pública"**. Septiembre 2001. Volumen 36
4. LAPORTE, J.R. **"Principios básicos de investigación clínica"**. Madrid. Ed. Ergon S.A. 1993.
5. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS. **"Atención farmacéutica geriátrica"**. Madrid. Mº de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Monografías de Divulgación. 1993
6. RIBERA CASADO, J.M., GIL GREGORIO, P. **"Problemas éticos en relación con el paciente anciano"**. Clínicas Geriátricas. Editores Médicos. Madrid.

¿ES LA EDAD LA VARIABLE CRÍTICA?

*D. Julio Villalobos Hidalgo, Consultor en Organizaciones de la Salud,
Dña. Dolors Colom, Directora Revista Agathos*

El título de este VII Congreso "Discriminación por la Edad" pone en evidencia una realidad que los últimos años se ha convertido en un sentir de la ciudadanía en general y como no, de los protagonistas en particular, las personas mayores. Las ponencias presentadas en este Congreso han expuesto con gran claridad la discriminación que sufren las personas mayores en los diferentes ámbitos: político, sanitario, servicios sociales, laboral, etcétera, simplemente por ser clasificadas como Mayores, en función de un único parámetro "la edad".

En esta comunicación sólo pretendemos reflexionar sobre la importancia relativa que tiene la edad y dar más relevancia a otras variables asociadas a las personas y que en sí mismas son fuente de distocias sociales y sanitarias. Variables, que de no tenerse en cuenta, generan dolor, sufrimiento y marginación.

El punto de partida de esta comunicación es uno: La magnificación que tiene en nuestra sociedad la variable edad. De hecho lo primero que preguntamos ó nos preguntan al solicitar un trabajo, ir a la consulta médica ó solicitar una hipoteca es la edad. Como si la edad justificara el estigma creado. Igualmente las mismas personas parecemos entrar en el juego social escondiendo, a veces, los años. Pero siguiendo con el valor que se le da a la edad, si no pasamos el filtro de la edad que cada organización tenga establecido, automáticamente somos descartados del proceso normal, entrando en un laberinto de pruebas, normativas y discriminaciones, que en algunos casos rayan la inconstitucionalidad.

Centrados en el ámbito de los servicios del tercer sector, los criterios que cada organización, del tipo que sea, tiene establecidos son muy similares:

- ◆ Un intervalo de gran tolerancia que va desde los 0 a los 20 años.
- ◆ Un intervalo de normalidad que va desde los 20 a los 55 años.
- ◆ Y un intervalo, a veces, de rechazo, "discriminatorio" que se abre a partir de los 55 años.

Es interesante comparar estos tramos. Mientras que en unos (la infancia, adolescencia, juventud, madurez), cualquier esfuerzo para salvar una vida ó mejorar sus condiciones de subsistencia son admitidos sin importar el coste social ó económico de las medidas puestas en práctica, en el segundo (la vejez) cualquiera de estas medidas se pone en tela de juicio independientemente de la eficiencia de la misma, en muchos casos, superior a las implantadas en el primer intervalo.

Abogamos porque estos criterios tan simplistas basados exclusivamente en la edad sean revisados y se cambien por criterios más científicos en los que intervengan otras

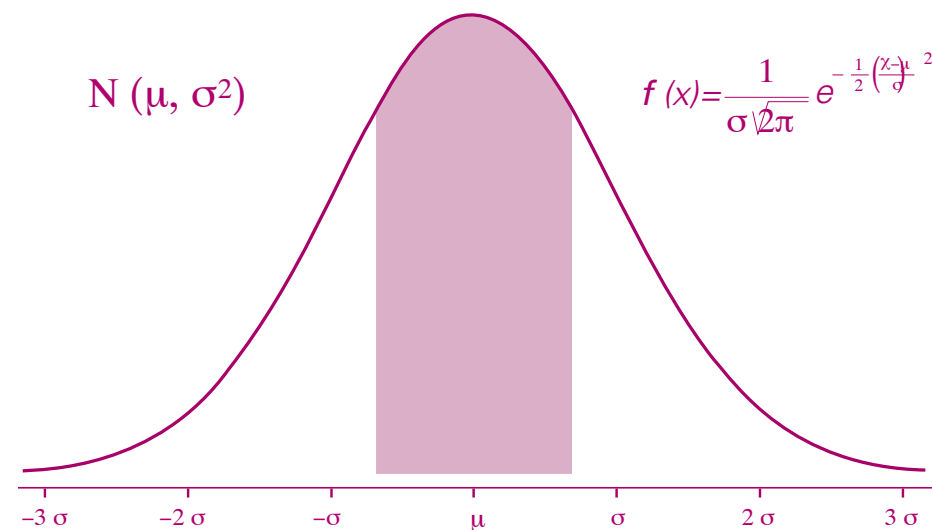
variables más explicativas que puedan medir la eficiencia de las medidas puestas en práctica.

Restringiéndonos al campo de la salud. La evaluación de la eficiencia de estas medidas no se debe limitar a los años de vida recuperados sino que deben ser evaluadas con otras variables que tengan en cuenta la calidad de vida de los años que cada proceso añade.

Uno de estos índices es el AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad), en los que la edad interviene como una variable pero en muchos casos no es la más importante. Aunque todavía no hay unos criterios universalmente admitidos, parece que aquellos procedimientos cuyo coste sea menor de 30.000 Libras(L.) / AVAC deben ser recomendados.(1,2)

Mientras que aquellos otros cuyo coste sea superior a las 120.000 Libras / AVAC deben no ser recomendados. Hay un campo intermedio entre estas dos cifras cuya recomendación es dudosa. A título ilustrativo podemos citar que por persona el programa de cesación tabáquica tiene un coste de 430 Libras / AVAC, el de los medicamentos para combatir la artritis juvenil 22.500 L./AVAC, mientras que el de medicamentos para la reducción de peso unos 46.000 L./AVAC.

Gráfica 1

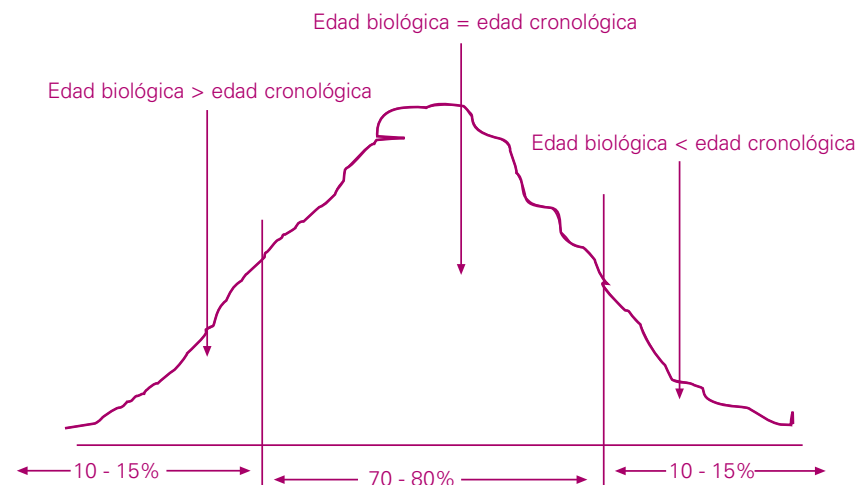


Muchos de los procedimientos aplicables a las personas mayores tienen un coste por AVAC inferior a los procedimientos aplicados a intervalos de edad menores e incluso

infantiles en aras a un teórico horizonte temporal mayor, pero no científicamente demostrado.

Como todos los fenómenos biológicos el estado de salud de las Personas Mayores se distribuye según una campana de Gauss. La lectura de esta distribución nos dice que un 10 – 15 %, son personas cuya edad biológica es menor que su edad cronológica. Un 70 – 80 % su edad cronológica y biológica se corresponden y un 10 – 15 % tiene una edad biológica mayor que la que les corresponde cronológicamente. Es habitualmente este último grupo el que se toma como modelo para las actuaciones sobre las personas mayores.

Gráfico 2



Es responsabilidad de todas aquellas asociaciones y personas defensoras de los derechos de las Personas Mayores y que luchan contra su discriminación de difundir el mensaje de evaluar a las personas por su edad biológica y no por su edad cronológica, respetando todas sus cualidades, pero en ningún caso con fines discriminatorios.

Algunas cualidades, especialmente físicas, pueden estar disminuidas, pero otras, fruto de la experiencia y de su situación social pueden ser excepcionales y muy superiores a las personas de menor edad.

Con relación a la Salud de debería actuar con las mismas referencias que con otros grupos de edad, anteponiendo la eficiencia de los procedimientos empleados sobre cualquier otro criterio. Creemos que una mejor formación del personal sanitario para el tra-

tamiento de las patologías crónicas, una adecuada organización del auto cuidado y el apoyo de la atención más cercana al entorno social de los ciudadanos con unos servicios sociales capaces de dar respuesta cuando surge el problema sociosanitario, evaluar a los equipos profesionales en función de su producción de salud, podría mejorar la atención de los mayores y disminuir el coste de la misma.

Con relación a la participación social y política, creemos que las personas mayores por su experiencia y situación laboral, pueden ser el motor principal de la Sociedad Civil, de la que tan necesitada está nuestro país para legitimar nuestra joven democracia exclusivamente apoyada, hasta ahora, en las organizaciones de ámbito político.

La posibilidad de disponer de más tiempo libre, de estar desvinculado de intereses comerciales, su experiencia y la satisfacción de sentirse útiles hacen de las personas mayores, precisamente de más edad, un grupo privilegiado para participar como profesionales activos o voluntarios en multitud de proyectos de gran interés social.

Pero también cabe remarcar que las personas mayores deben mantenerse al margen del imaginario colectivo que las aparta de la construcción social. Sobra decir que actualmente las personas mayores en nuestro país son el 20% de la población, pero representan un porcentaje aún mayor de los que votan. El voto es un buen camino para estar presente en la sociedad. Hay que pensar nuevas fórmulas. ¿Por qué no reivindicar un parlamento de personas competentes pero estratificado por edad y sexo? No se está hablando de cuotas sino de representatividad y de competencia. ¿Por qué no reivindicar consejos de administración igualmente de personas competentes, estratificados por edad y sexo?

Cualquier estudio sociológico contempla siempre estas dos variables a la hora de establecer las muestras de población. El método científico aplicado a la vida diaria en su representación en las organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. DEVLIN, N. PARKIN, D.
Health Economics 2004;13:437-52
2. SHELDON ET AL.
British Medical Journal 2004;329:999-1003

DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES EN LOS ÓRGANOS SANITARIOS DE REPRESENTACIÓN

D. José Antonio García-Argudo López, Presidente AJUBANESTO

En la Ley de Bases de la Seguridad Social, 196/1963 de 28 de diciembre, se enumeran, entre otros, los siguientes principios:

1. *“La solidaridad nacional, la participación de los interesados en el gobierno de los órganos gestores, la supresión del posible ánimo de lucro y la acentuación de la participación del Estado en el sostenimiento del sistema”.*
2. *El reconocimiento de los derechos primarios de las personas protegidas por la Seguridad Social, contribuye a la exaltación del principio que aboga por la efectiva participación de aquellas en los órganos rectores. De este modo se pretende **reforzar el sentido de responsabilidad de las personas y entidades interesadas.***
3. *La aportación del Estado, previendo la consignación permanente en sus Presupuestos Generales de subvenciones destinadas a tal fin, con miras a conseguir la redistribución de la renta nacional para reducir los desequilibrios en el tenor de vida entre los ciudadanos.*

La Constitución Española establece en el artículo 129.1 “La ley establecerá las formas de participación de los interesados en la Seguridad Social y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar general”.

La participación ciudadana, junto con la eficacia, la eficiencia, la equidad, la celeridad, y la flexibilidad, se considera dentro de los principios básicos que deben regir el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud según lo establecido en la Ley General de Sanidad de 1986. Se reconoce a los ciudadanos parte integrante del mismo y, como tal, deben de colaborar activamente en la formulación de la política sanitaria y en la ejecución de la misma. **Esta participación activa se canaliza, fundamentalmente, a través de las corporaciones locales, las organizaciones empresariales y sindicales.**

En el ámbito del INSALUD, antes de proceder a la transferencia de sus facultades y funciones a las Comunidades Autónomas, los representantes de los ciudadanos, conjuntamente con las autoridades sanitarias, ejercieron actividades de control y vigilancia en la gestión. En los servicios centrales del INSALUD, los órganos de participación fueron el Consejo General y la Comisión Ejecutiva y, a nivel periférico, las Comisiones Ejecutivas Provinciales, el Consejo de Salud de Área y la Comisión de Participación Hospitalaria.

El Consejo General y la Comisión Ejecutiva, ambos regulados por Real Decreto 1855/79, fueron los órganos encargados de la vigilancia y control de la gestión del INSALUD a nivel central.

Las Comunidades Autónomas asumen la función de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y, en consecuencia, los compromisos contraídos por el Instituto Nacional de Previsión (INP), por transferencia del Instituto Nacional de la Salud, continuando vigente la colaboración en la gestión regulada en la Orden del Ministerio de Trabajo de 25 de noviembre de 1966, que se podrá seguir realizando por Empresas, Mutuas Patronales y Asociaciones y Fundaciones y Entidades Públicas y Privadas, previa su inscripción en un registro público. Así como los Conciertos firmados por el INP con las Entidades Colaboradoras para la asistencia sanitaria a los pensionistas provenientes de dichas empresas y a sus familiares beneficiarios, siendo ésta distinta e independiente de la regulada para el personal en activo.

Una vez transferidas todas las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, se ha sustituido el marco participativo del INSALUD por otros órganos de participación ciudadana mediante desarrollados legislativos al amparo de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

En la Comunidad de Madrid, es la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria. Y es en el Capítulo II, destinado a la participación ciudadana, donde se establecen los siguientes Órganos de Representación:

1. El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, compuesto por:
 - a. Administración de la Comunidad de Madrid.
 - b. Ayuntamiento de la Comunidad de Madrid
 - c. Las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
 - d. Las organizaciones empresariales más representativas en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
 - e. Las asociaciones de consumidores y usuarios y de pacientes más representativas en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
 - f. Las corporaciones profesionales sanitarias de la Comunidad de Madrid.
 - g. Los partidos políticos con representación parlamentaria en la Asamblea de Madrid.
 - h. Las Universidades de la Comunidad de Madrid.
 - i. Las Entidades científicas de la Comunidad de Madrid.
 - j. Los Consejos de Salud de Área.
2. Los Consejos de Salud de Área Sanitaria son los órganos colegiados que permiten la participación ciudadana a través de sus representantes, en las actividades relacionadas con la salud de dicho ámbito.

Su composición, régimen de funcionamiento y funciones se establece que serán determinados reglamentariamente.

Los miembros del Consejo de Salud de Área Sanitaria son nombrados y cesados por el Consejero de Sanidad, a propuesta de las instituciones representadas y el nombramiento se hace por un período máximo de cuatro años, sin perjuicio de que los interesados

puedan ser reelegidos sucesivamente, siempre que gocen de la representación requerida.

Lo que interesa destacar en este capítulo, es la evidencia de que en este marco representativo no cuentan las organizaciones de mayores.

Ejemplo de discriminación por edad:

A las viudas de pensionistas y prejubilados se les retira la asistencia sanitaria que venían prestando las Entidades Colaboradoras en la Comunidad de Madrid, como beneficiarias en vida de sus respectivos maridos, si el fallecimiento de estos se ha producido después del 30/04/04. Esto es, al parecer, lo estipulado en el Convenio Marco firmado con fecha 10/11/04, por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, y que aplica rigurosamente la Entidad Colaboradora BANESTO, respecto a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de estas viudas; no así en cuanto a las viudas del personal en activo se refiere.

Por tal motivo, con fecha 4-05-05, Ajubanesto ha presentado el correspondiente Recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia.

CONCLUSIONES:

Cabe regular la participación de las ORGANIZACIONES DE MAYORES en los Órganos Sanitarios de Representación.

La Constitución, en el artículo 149.1.17ª, reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que regula la participación ciudadana, su naturaleza y composición, no figuran las Organizaciones de Mayores.

¿SUFREN LOS PACIENTES DE PARKINSON UNA DISCRIMINACIÓN SANITARIA NEGATIVA EN FUNCIÓN DE SU EDAD?

Dña. Carmen Obon Gi, Presidenta Asociación Parkinson de Aragón,
D. Francisco Montesinos, Presidente de APANET

Esta pregunta se la plantearon la junta directiva y el equipo interdisciplinar de rehabilitación de la Asociación Parkinson Aragón, quienes trabajan a diario con mayores afectados por dicha enfermedad.

A pesar de que nuestra experiencia nos indica que tal discriminación existe en la práctica, no queríamos hacer una afirmación tan contundente sin disponer de unos datos estadísticos fiables que la respaldasen.

Es por ello que junto con APANET, Asociación de Enfermos de Parkinson en Internet, hemos elaborado un cuestionario que estamos empezando a remitir a todos los pacientes de Parkinson mayores a los que tenemos acceso para que nos lo devuelvan cumplimentado y conocer así de primera mano, lo que nosotros estamos convencidos de que es una realidad, aunque de momento, carezcamos de datos estadísticos que puedan respaldarla.

El cuestionario que os vamos a mostrar es un extracto de otro más amplio que recoge información para saber cómo es atendido un enfermo de Parkinson en el entorno sanitario. En esta versión reducida de la encuesta original, refleja solamente las preguntas que afectan a los aspectos estrictamente relacionados con la discriminación sanitaria por razones de edad del mayor con Parkinson.

Hubiera sido impensable dejar pasar la excelente oportunidad que supone este congreso de " Discriminación por Edad ", por su enorme repercusión mediática y social, de explicar a la sociedad qué es la enfermedad de Parkinson y la " penalización sanitaria " que representa para el mayor su padecimiento, pues se tiende a culpar a la misma de todas o al menos una buena parte de los problemas de salud de un numerosísimo colectivo, los mayores, que es clave en la estructuración social de un estado que se autodenomina del bienestar.

Nuestro trabajo de campo no ha hecho más que empezar, pero de cualquier forma y a modo de adelanto de las conclusiones que aun nos llevarán tiempo, queremos añadir nuestro grano de arena para que este Congreso sepa que decididamente las asociaciones de pacientes hemos estado, estamos y estaremos siempre junto a los mayores, pues nosotros al fin... ya somos mayores.

CUESTIONARIO

Sexo (indicar con una cruz):

- Mujer
 Hombre

Edad: años

Profesión:

Provincia en la que reside:

¿Cuándo cree usted que comenzaron a aparecer síntomas de la Enfermedad de Parkinson?

Años de diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson:

¿Se ha sentido alguna vez discriminado en el entorno sanitario por tener Parkinson?:

- Nunca Alguna Vez
 Con Frecuencia Siempre

¿En qué aspecto?:

- Atención
 Falta de Información
 Duración de la consulta (escasa)
 Desconocimiento de la enfermedad
 Falta de derivación a otros especialistas

¿Se ha sentido alguna vez discriminado en el entorno sanitario por ser mayor?:

- Nunca Alguna Vez
 Con Frecuencia Siempre

¿En qué aspecto?:

- Atención
 Falta de Información
 Duración de la consulta (escasa)
 Falta de derivación a otros especialistas
 Pluripatología

¿Se ha sentido alguna vez discriminado en el entorno sanitario por tener Parkinson y ser mayor?:

- Nunca Alguna Vez
 Con Frecuencia Siempre

¿En qué aspecto?:

- Atención
 Falta de Información
 Duración de la consulta (escasa)
 Falta de derivación a otros especialistas
 Pluripatología

Si ha sentido en algún momento discriminación sanitaria por ser mayor y/o tener Parkinson y le gustaría comentar algo más, por favor, escríbalo aquí:

.....
.....
.....

CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES ENFERMOS

D. José Antonio García González. Director de Investigación de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León.

Hablar desde la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León sobre la discriminación por edad, supone adentrarse en los aspectos más negativos del impacto de las enfermedades crónico-degenerativas, asociadas a la edad, en la calidad de vida personal, familiar y socio-económica de nuestros mayores, y en las respuestas deficientes o insuficientes del sistema sociosanitario en la planificación y adecuación de los recursos institucionales a las crecientes necesidades de salud que plantean los actuales perfiles sociodemográficos de nuestra población (las demencias se están convirtiendo en la tercera causa de morbilidad en los mayores de 65 años detrás de las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, con una prevalencia estimada entre seiscientos y ochocientos mil enfermos/dependientes en el 2005).

Pero significa también hablar de lo que se ha ido logrando estos últimos años en la lucha contra la discriminación de los mayores enfermos y sus cuidadoras-es principales (mujeres en su mayoría, a quienes apenas se reconoce su labor y dedicación), gracias al esfuerzo y al tesón -empowerment- de muchas personas afectadas o sensibilizadas con el impacto y la magnitud de este problema, todavía muy deficientemente conocido y abordado tanto por la sociedad en general (miedos, prejuicios, estereotipos negativos, etc.), como por los profesionales y las instituciones sociosanitarias (infradiagnóstico, terapéuticas inadecuadas, maltratos, etc.). Estas personas, que han vivido muy de cerca el dolor y los elevados costes tanto económicos como psicológicos que suponen para la familia este largo proceso de deterioro inesperado y progresivo de los seres más queridos, han ido creando en base al principio de "governance", diversos grupos de apoyo y asociaciones que les ayuden a paliar las lagunas y vacíos detectados en el sistema, desarrollando unos recursos asociativos, legales y asistenciales especializados, impenables hace apenas unos años, con los que logran retrasar o paliar el impacto que dicho deterioro supone tanto para los enfermos como para sus cuidadores, y propiciando programas y servicios de calidad tanto a nivel local como nacional.

Y, finalmente, significa hablar de lo mucho que todavía queda por hacer para alcanzar las metas de universalidad, equidad, solidaridad, etc., para que estos programas de atención y prevención puestos en marcha por las Asociaciones de Familiares de Alzheimer puedan ser accesibles a todos por igual, en ámbitos rurales o urbanos, con o sin recursos económicos, sin diferencia de edad o género, alcanzando la cobertura y la calidad que requieren la magnitud y complejidad del problema y la dignidad de las personas en su última fase de desarrollo vital.

La provincia de León (datos del INE de 2004) cuenta con una población mayor de 65 años en torno a 128.000 personas, de las cuales un mínimo de un 6% padecen o van a padecer este síndrome (o sea, una tasa de prevalencia media próxima a las 8.000 personas y una tasa de incidencia de 1000 nuevos casos anuales). Para atender las necesidades de salud de este importante segmento de población contamos con sólo dos geriatras en toda la provincia y dos o tres neurólogos especializados en este tipo de patologías. Como reconoce el mismo **Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007** se hace imprescindible una readaptación de los recursos de Atención Primaria y Especializada para atender la creciente demanda sanitaria de nuestros mayores (80% de las consultas de APS se dedica a pacientes mayores de 65 años y casi un 50% de las hospitalizaciones, aunque este grupo represente un 23% de la población total)... Y algo semejante cabe decir de los programas y ayudas sociales que, todavía hoy, presentan serias lagunas e inconvenientes cuando tratan de cubrir las diversas necesidades de las familias y cuidadores de pacientes con demencias tipo Alzheimer, en las distintas fases de evolución de esta enfermedad.

Hace apenas unos años el panorama era todavía más crítico. Señalar que, en León como en otras provincias, fueron surgiendo grupos de personas y familias afectadas tanto por la enfermedad como por la escasez o carencia de recursos sociosanitarios especializados que, desde la sociedad civil organizada, respondieron adecuadamente a las necesidades planteadas por las demencias; se fueron constituyendo en Asociaciones, Fundaciones, etc., y con el apoyo de algunos profesionales sensibilizados y el silencio pasivo o incluso el recelo de algunas instituciones capaces de ofrecer respuestas más participativas o proactivas, decidieron promover un mínimo de servicios que respondieran a las necesidades de los pacientes y a las demandas de información y ayuda-apoyo de las familias y cuidadores-as principales. Se realizan campañas de información y sensibilización social e institucional, se desarrollan programas de atención especializada y personalizada tanto para los enfermos como para sus cuidadores principales, con la colaboración de las instituciones públicas y privadas. Se forman equipos multidisciplinares y, con la ayuda del voluntariado, se van creando redes de servicio comunitario y atención domiciliaria; se inician programas de detección precoz y tratamiento temprano, actividades de mantenimiento, unidades de memoria, etc., buscando siempre una atención de calidad adecuando los recursos a las necesidades (no a la inversa). Y, a la vez que se consolidan estas actuaciones (con todo lo que implica de gestión organizativa) en el ámbito urbano, comienza a surgir una demanda creciente de servicios en las zonas semiurbanas y rurales que están todavía más discriminadas por la dificultad de información y acceso a muchos de los recursos y servicios puestos en marcha en los núcleos urbanos.

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León ha promovido y apoyado la creación de siete Asociaciones y Unidades de Respiro de ámbito comarcal y municipal para paliar la ausencia de recursos especializados, para evitar que la enfermedad sea un factor más de aislamiento o exclusión social tanto del enfermo como de su familia, especialmente de los cuidadores mayores que, dados los patrones socioculturales

todavía dominantes, recaen en su mayoría sobre mujeres también mayores. Y es que, cuando el apoyo familiar no está a mano, los enfermos son internados en instituciones que no cuentan a veces con el personal profesional y los programas más apropiados para atender a estas personas.

Las diversas formas y grados de discriminación que afectan a las familias y pacientes con demencias tipo Alzheimer, comienzan con el acceso al sistema sanitario. Un sistema sanitario tradicional (al igual que la formación y especialización de sus profesionales: con orientación curativa, aguda, monosistémica) que no está diseñado ni adaptado para responder a las necesidades de salud y de calidad de vida de nuestros mayores (con problemas crónicos, multisistémicos, a veces sin perspectivas de curación pero sí de preservación, mantenimiento o funcionalidad). Lo que da lugar a continuos desencuentros, diagnósticos inciertos y tratamientos fallidos (infradiagnóstico, sobremedicación, yatrogenia, etc.). Reforzar la sensibilidad y actualizar la formación de los profesionales, comenzando por atención primaria y siguiendo por atención especializada es fundamental, seguida por el incremento de profesionales dedicados a atención gerontológica, dada la acusada tendencia al progresivo envejecimiento poblacional en nuestro ámbito. La prevención, el diagnóstico y tratamiento temprano, la educación y promoción de la salud apenas se están introduciendo en el sistema (como indica el exiguo 5% del total de la inversión sanitaria). La atención integral e integrada y personalizada todavía no está bien sistematizada y protocolizada en este área. Se pierde mucho tiempo entre inicio del problema, la confirmación diagnóstica y las intervenciones terapéuticas, porque el pronóstico apela a la resignación y el fatalismo, "naturalizando" el problema como "achaques de la vejez", "es incurable", "no hay nada que hacer", o "pasaremos el caso a los servicios sociales"...(Rodríguez Mañas, 2000).

Un segundo bloque de posible discriminación proviene del enorme impacto económico (estimado entre 15.000 y 30.0000 Euros anuales para una fase media) que supone para el paciente y su familia una atención adecuada en las distintas fases de la enfermedad. Muchas familias en León no disponen de los recursos necesarios para proporcionar una atención adecuada al paciente por lo que se recurre al entorno más próximo, con el apoyo en el mejor de los casos de programas de ayuda a domicilio proporcionados por unos Servicios Sociales, también infradotados. La mayor parte de la carga y los costes siguen recayendo sobre la familia y los cuidadores principales que en su mayoría son mujeres... (esposas, hermanas, hijas...) que tienen que renunciar a otros trabajos, y se les excluye, por principio, o no se les reconoce laboralmente ni la dedicación ni la condición de cuidadores, función, que ejercen sin descanso, durante años. Lo que indica que las ayudas institucionales son muy insuficientes y rígidas para remediar o aliviar estas situaciones, y con desigual cobertura y distribución geográfica en las distintas comunidades, con una clara discriminación entre lo rural y lo urbano. En cualquier caso, hacerse cargo de los cuidados de una demencia tipo Alzheimer supone tal sobrecarga y estrés para el cuidador(a) principal que muchas veces terminan en el agotamiento (burn-out), la enfermedad del cuidador, o en la renuncia y abandono de sus funciones. Ello obliga a los familiares a decidirse por la institucionalización de estos pacientes en centros o

residencias para mayores lo que supone desarraigo y pérdida de su ambiente social y familiar habitual, que puede acentuar el aislamiento o privación social y afectiva, en personas con recursos de adaptación ya muy limitados o deteriorados... Algunos de estos centros no tienen ni los programas de cuidados ni los recursos especializados para atender a estos pacientes. Lo que nos lleva de la mano al complejo problema del tratamiento deficiente, insuficiente o carencial, como una forma de "maltrato", con cuidadores estresados, insatisfechos, mal adiestrados en el manejo de escenarios habituales o críticos, tanto en los hospitales, en los mismos hogares o en las residencias... Es lo que nosotros denominamos maltrato por "omisión", por falta de trato apropiado, que resulta difícil de evaluar pero muy frecuente de observar tanto en los ámbitos sanitarios como residenciales y familiares. Es, probablemente, una consecuencia de procesos formativos insuficientes o inadecuados pero también un reflejo de unos patrones culturales negativos, llenos de prejuicios y estereotipos despectivos sobre lo que significa ser mayor, enfermo, discapacitado o dependiente... que contaminan las acciones tanto de los profesionales como de los mismos familiares, dando lugar al círculo vicioso de un tardío reconocimiento del problema, cuando no de la negación del mismo, y un marcado derrotismo e indefensión aprendida en la aplicación de las posibilidades terapéuticas. En vez de optimizar las capacidades conservadas, con acciones y programas de estimulación, se les relega a la pasividad de la TV, la medicación, la incomunicación o el aburrimiento...Nuestro sistema sociosanitario actual y nuestra cultura social no se compaginan bien con la cronicidad, fragilidad y precariedad que rodean estos síndromes en fases avanzadas, impregnados como estamos de la mitología del éxito rápido y rentable...

Algún día, más pronto que tarde, se llegarán a desvelar y dominar los mecanismos causantes de estos síndromes y se podrán aplicar programas de prevención primaria, pero mientras tanto tenemos que seguir mejorando las técnicas de prevención secundaria y terciaria que nos permitan ralentizar al máximo el deterioro y, sobre todo, seguir prestando una atención integral e integrada de calidad a todos los afectados por esta "epidemia silenciosa" que comienza con pequeños fallos de memoria y termina con la pérdida total del Yo, la autonomía y la autoconciencia. La capacidad actual de las AFAS cubre, en el mejor de los casos, entre un 10 y un 20% de las necesidades. Mientras no lleguen a todas y cada una de las personas enfermas y sus cuidadores-as, seguiremos reivindicando que estos programas y servicios especializados de alta calidad profesional y humana, se hagan extensivos al creciente número de mayores afectados por las demencias tipo Alzheimer como un paso contra la discriminación por edad, como una forma de mejorar la salud de todos en una sociedad para todas las edades.

COMUNICACIÓN POR UN MODELO SANITARIO NO DISCRIMINATORIO DE ENTIDADES COLABORADORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Asociación de Jubilados y Prejubilados, Pensionistas, Empleados y Exempleados de BANESTO (AJUBANESTO), la Asociación de Jubilados, Prejubilados y Pensionistas del BEX-BBVA, la Asociación Independiente de Trabajadores Prejubilados y Jubilados "JUBIQUÉ?", la Asociación de Clínicas Privadas, la Asociación Colegial de Médicos Madrileños de Entidades Colaboradoras, el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

ANTECEDENTES:

Con la Orden del Ministerio de Trabajo de 25 de noviembre de 1966 (B.O.E. de 7 de diciembre), se inician las Entidades Colaboradoras, a plena satisfacción de empresas, trabajadores, médicos y clínicas hospitalarias. De acuerdo con esta normativa las empresas solo podían cesar como consecuencia de una inspección por deficiente atención sanitaria o incumplimiento de los fines para los cuales se les había otorgado esa autorización administrativa. Este modelo de colaboración con la Sanidad pública ha venido funcionando durante más de 30 años con un sistema de financiación estable.

Es a partir de la Orden del Ministerio de Trabajo de 20 de abril de 1998, modificando la de 25 de noviembre de 1966 (B.O.E. de 8 de mayo), cuando se introduce una absoluta inestabilidad en su continuidad al regular el cese de las Empresas como Entidades Colaboradoras con la simple solicitud presentada antes del 30 de septiembre del año anterior al de su cese efectivo, acompañada de informe de la representación legal de los trabajadores, sin que éste sea vinculante.

Pero lo que provoca la quiebra del sistema es que durante los años 1.999, 2000, 2001 y 2002, tanto la Administración Estatal como las Autonómicas dejan de compensar a las Empresas por los servicios sanitarios que prestan al personal en activo, **NO ASÍ respecto a los PENSIONISTAS QUE SE PAGÓ Y SE SIGUE PAGANDO**, pero que sirve de pretexto para solicitar el cese como Entidades Colaboradoras puesto que la legítima exigencia de cobro está reclamada judicialmente.

La primera en cesar sería la Cía. TELEFÓNICA, pues el 30-12-02 se dictó Resolución por la Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por la cual se notificaba que a partir del 1-1-03 quedaría sin efecto la autorización administrativa para colaborar en el Régimen General de la Seguridad Social.

El cese de esta Entidad Colaboradora genera tal alarma social entre el resto de usuarios de otras empresas que el 25 de febrero de 2003, la Asociación Colegial de Médicos

Madrileños de Empresas Colaboradoras celebró una Asamblea en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid, con asistencia (con voz pero sin voto) de un nutrido número usuarios de Entidades Colaboradoras, Sindicatos y Clínicas privadas.

Fruto de esa Asamblea fue la constitución de la "MESA EN DEFENSA DEL MODELO SANITARIO DE COLABORACION CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD" compuesta por médicos, sanatorios, sindicatos y usuarios, por ser una de las modalidades de prestar la asistencia sanitaria pública que tiene una doble característica indiscutible:

- ◆ Una enorme satisfacción de los usuarios.
- ◆ Un coste por persona para el Erario público sensiblemente inferior al coste que soporta la propia Red Sanitaria Pública.

Se elaboró un "MANIFIESTO" que se entregó en los Ministerios de Sanidad, Trabajo, Economía y Hacienda, donde se demandaba:

- A. Actuaciones a favor de este eficaz modelo asistencial.
- B. Cancelación de la deuda pendiente con las empresas que son colaboradoras de la Seguridad Social.
- C. No se debe adoptar ninguna medida que pueda suponer la pérdida de un solo puesto de trabajo en el Sector Sanitario.

A finales de septiembre de 2003, la mayoría de las Empresas Entidades Colaboradoras solicitan el cese para el personal en activo (artículo 71.1 apartado b) Ley 1/1994 de 20 de junio), ante la Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que la atiende con efectos al 1º de mayo de 2004, con informe desfavorable de UGT, CC.OO. y el FITC..

Sin embargo la verdadera finalidad es, al dejar de ser Entidades Colaboradoras, poder **dejar de prestar la asistencia sanitaria** a jubilados, viudas de jubilados, prejubilados y demás pensionistas, considerados una carga que ahora no se quiere asumir. Todo ello "como efecto colateral derivado de la suspensión de la Autorización Administrativa para la colaboración con la Seguridad Social".

Se realizaron varias manifestaciones en las que intervinieron entidades tan diversas como: la Asociación de Médicos de Entidades Colaboradoras de Madrid, las Centrales Sindicales CC.OO, CGT, Alternativa Sindical de Trabajadores, etc..

En las elecciones autonómicas en Madrid de 2003, los candidatos de los tres partidos (PP, PSOE e IU) mostraron su apoyo al modelo. Sin embargo la única propuesta concreta proviene de la candidata popular, Esperanza Aguirre, que en una carta remitida a los presidentes de las empresas colaboradoras aseguraba que "son instituciones fundamentales para la prestación de la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid dentro del sistema público".

SITUACIÓN ACTUAL:

Algunas Empresas, durante el año 2004, tras solicitar a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social distintas prórrogas respecto al cierre, *deciden final-*

mente solicitar la anulación de la solicitud de cese y continuar como Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social.

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid firma primero sendos CONVENIOS MARCO, estableciendo un sistema de subvención que se fija en 550 por titular y año. Con fecha 10 de noviembre de 2004 se firman otros con SCH, BBVA, BANESTO y BANCO URQUIJO, distintos de los anteriores pasando la subvención de 550 a 600 , y como si se tratara de una "novación" de la autorización anterior se introduce una limitación *excluyendo a determinados colectivos (entre ellos a aquellas viudas de pensionistas y prejubilados cuyo óbito del cónyuge sea posterior al 30-04-04), incumplándose el Concierto con el INP.*

No era una mera presunción sin fundamento cuando decíamos que el verdadero objetivo era eliminar de la asistencia sanitaria a LOS MAYORES, pues los CONVENIOS MARCO suscritos con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid van en ese sentido, por lo que ha sido objeto de Recurso Contencioso Administrativo presentado por parte de la Asociación AJUBANESTO.

Transferidas las competencias en materia de asistencia sanitaria del INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD a las COMUNIDADES AUTÓNOMAS (excepto Ceuta y Melilla) y continuando aplicable la legislación anterior, las ENTIDADES COLABORADORAS vienen obligadas a cumplir los Conciertos INP y Empresas colaboradoras para la asistencia sanitaria a sus Pensionistas.

LA SANIDAD PÚBLICA CONCERTADA, COMO ALTERNATIVA:

EL REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el apartado 2 del Artículo 67. Entidades Colaboradoras, dice:

"La colaboración en la gestión se podrá realizar también por asociaciones, fundaciones y entidades públicas y privadas, previa su inscripción en un registro público."

Y en su artículo 199: "Para el mejor desempeño de funciones, los organismos de la Administración de la Seguridad Social, de acuerdo con sus respectivas competencias, **podrán concertar con entidades públicas o privadas, la mera prestación de servicios administrativos, sanitarios o de recuperación profesional.** Los **conciertos que a tal efecto se establezcan** serán aprobados por los Departamentos ministeriales competentes y la compensación económica que en los mismos se estipule no podrá consistir en la entrega de un porcentaje de las cuotas de este Régimen General ni entrañar, en forma alguna, sustitución en la función gestora encomendada a aquellos organismos.

El Director General de Ordenación de la Seguridad Social, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con fecha 16 de marzo de 2004, en respuesta a la solicitud de cobertura legal para que, además de las empresas, se incluya a Asociaciones, Fundaciones, etc., en relación con la prestación de la asistencia sanitaria, responde:

..."En consecuencia, una medida como la pretendida habría de contar con la previa conformidad de todas y cada una de las Comunidades Autónomas afectas, al incidir en el ámbito competencial resultante de lo señalado en el párrafo anterior. Por ello, se considera que no concurren los elementos necesarios para que por esta Dirección General se formule ningún tipo de propuesta al respecto, **ello sin perjuicio de las medidas que respecto de los Conciertos de Asistencia a Pensionistas aludidos en su escrito pueda adoptar la Comunidad de Madrid, motivo por el cual se da traslado del mismo a la antes citada Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente.**"

En consecuencia, y dada la inhibición de la citada Dirección General,

SOLICITAMOS:

- I. DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: puesto que la Constitución, en el artículo 149.1.17ª, reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas, el **desarrollo legislativo tan amplio y necesario como sea menester del apartado 2 del Artículo 67 de la Ley General de la Seguridad Social 1/1994, de 20 de junio.**
- II. DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: un sistema a modo de "Cámara de Compensación para la Imputación del Coste Sanitario" derivado de la asistencia a desplazados en Comunidades Autónomas diferentes a la de residencia habitual, mediante código identificativo incorporado a la tarjeta sanitaria de su Comunidad.
- III. DE LA COMUNIDAD DE MADRID, que por Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, le fueron traspasadas las funciones y servicios del INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD:
 - III.1. Que cumpla y haga cumplir los Conciertos suscritos por las Empresas Entidades Colaboradoras y el INO.
 - III.2. Que desarrolle la normativa reguladora de las Entidades Colaboradoras en la Comunidad de Madrid y su financiación.
- IV. **NO DESESTIMAR LA APORTACIÓN DE LAS ENTIDADES COLABORADORAS PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA, UNAS COMO PARTE DEL SALARIO SOCIAL, Y OTRAS DE CARÁCTER VOLUNTARIO QUE SE PUDIERAN ACORDAR.**
- V. **GARANTIZAR LA VIGENCIA DE LOS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA A LOS PENSIONISTAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

RAZONES PARA LA DEFENSA DE ESTE MODELO SANITARIO:

- ◆ La eficacia demostrada por el altísimo grado de aceptación de más de 300.000 usuarios, solo en la Comunidad de Madrid.
- ◆ Que no desaparezca el necesario seguimiento facultativo de los enfermos crónicos o con tratamiento de larga duración.

ENVEJECIMIENTO HUMANO

D. José M^a Segovia de Arana. Catedrático de Patología Médica

La población de las naciones industrializadas está viviendo ahora más tiempo que anteriormente. Las expectativas de vida han aumentado un promedio de 25 años.

El grupo que crece más es el de las edades de los 80 años y en algunos países el grupo de los que tienen más de 100 años es el que está aumentando con más rapidez.

En muchas partes del mundo las mujeres tienden a vivir más que los hombres, en una proporción de siete años más en las naciones industrializadas.

Por otra parte existen estudios del Japón, USA, y Europa que indican que la población no solo vive más sino que lo hace más sanamente.

Las diferencias en longevidad de unos países a otros dependen de desigualdades en la salud y en la renta y éstos a su vez están en relación con las facilidades de acceso a la educación y a los cuidados sanitarios. También influye, como algunos sostienen, la mayor sensación de seguridad de los individuos en las sociedades modernas frente al "stress", la inseguridad del futuro o la amenaza de la pobreza que son paliadas por las políticas sociales del Estado.

Muchos países tienen más del 10% de su población en tramos de edad de 65 años o más. En 1960 en España la población mayor de 60 años era del 12,5%. Para el año 2020 se calcula que será del 23%. Cifras parecidas se dan en la mayoría de los países europeos. Puesto que en estas edades es cuando aumenta marcadamente la proporción de enfermedades y demencias, se puede suponer la situación dramática que se está creando en los sistemas asistenciales sanitarios y en la sociedad en general.

La esperanza de vida de los españoles ha crecido fuertemente, incluso más que en otras partes del mundo. La nación que tiene mayor esperanza de vida después del Japón es España junto con Italia y Suecia como señala la Comisión de las Naciones Unidas para el desarrollo. Este hecho es más significativo si se considera que los niveles de renta no son entre nosotros los más altos del mundo. Por otra parte, la fecundidad en España ha disminuido a una velocidad mayor que en cualquier otro país. La población española se ha estancado en los 40 millones de habitantes a partir de cuya cifra se calcula que se iniciará un descenso progresivo, aunque posteriormente habrá una recuperación lenta, estimándose que alrededor del año 2020 la población española será similar a la que existía en la pasada década de los años 70. También la fecundidad ha disminuido en otros países del mundo occidental pero no con la intensidad y la gravedad que en España, lo que constituye un factor muy importante en el envejecimiento de la población y en el ensanchamiento del vértice de la pirámide demográfica.

Las sociedades occidentales, con una disminución de la fecundidad se están aproximando a un punto en el que los ancianos van a sobrepasar a los niños. Esta tendencia, sin precedentes en el envejecimiento de la población, tiene una gran importancia para la sociedad y sus instituciones como son el estado de la economía, los servicios de asistencia médica, los sistemas de pensiones, la vida familiar, la investigación médica, las decisiones sobre el fin de la vida, la adscripción de recursos públicos y privados a la sanidad, etc. Un aspecto muy importante es el papel que están jugando los ancianos en el incremento de los costes de la asistencia sanitaria aunque en ésta lo que más ha influido hasta ahora ha sido la introducción de las nuevas tecnologías médicas. El estudio del envejecimiento es fundamental para la planificación de la salud y de la sanidad de la población. A nivel individual, la situación no es menos problemática. Lo que debía sentirse como un regalo biográfico, como una etapa, la vejez, del pleno disfrute de lo que Max Scheler llamaba la "breve fiesta de la vida", se convierte frecuentemente en una situación deprimida, vacía de proyectos, anclada en los recuerdos, molesta para el propio protagonista y para los que le rodean. Bien es cierto que esta situación parece ir cambiando, pero lo hace con lentitud y no con la rapidez que demandan los tiempos y las circunstancias. Hay elementos para conseguir el bienestar individual y social de tal modo, que cuando se llegue a la vejez, haya posibilidades de reducir la propensión a las molestias inherentes a la vejez así como a la prevención o disminución de los procesos crónicos que suelen acompañarlas. Igualmente, para los sociólogos, economistas y políticos, los conocimientos que van suministrando las investigaciones sobre el envejecimiento son de una extraordinaria utilidad para el desarrollo de planes adecuados de asistencia y de protección a este núcleo cada vez más importante de la población.

Da la impresión que la humanidad no estaba preparada para la brusca y masiva prolongación de la vida que se ha producido en los países desarrollados y para hacer frente a los problemas económicos, laborales, sociales, familiares, médicos y sanitarios que la proporción cada vez mayor de personas ancianas origina en la sociedad moderna. Estos problemas distorsionan las previsiones y el empleo de los recursos colectivos que estaban pensados para una población que no viviera tantos años y que obliga a una acelerada reconversión de las estructuras y dispositivos sociales y a una redistribución de los recursos colectivos.

El encarecimiento de los costes de los servicios sociales, en especial los referentes a las pensiones y a la asistencia sanitaria, hacen que el lema de la sociedad del bienestar: "siempre más, nunca bastante" no sea posible mantenerlo por mas tiempo. Todos los países del mundo occidental desde Suecia y los demás países escandinavos, pasando por Alemania, Francia e Italia y naturalmente España, han dicho que no se puede seguir aumentando los gastos sociales y que los recursos son limitados frente a una demanda que crece sin cesar. Esto haría surgir la necesidad de plantearse distintas opciones y discriminar entre unos individuos y otros, con graves problemas de conciencia para los políticos y economistas que tienen que decidir sobre la distribución de los recursos. El atender a los ancianos cuesta mucho a la sociedad y estos gastos no pueden seguir creciendo. Los ancianos constituyen un conjunto que tiene la gran fuerza sociológica del voto

y que pueden inclinar el ejercicio del poder en un sentido u otro. Esto crea problemas muy graves que pueden conducir a un caos económico si el sentido de equidad y solidaridad no se introduce también entre la población anciana.

El estudio del envejecimiento se ha convertido en un tema apasionante desde diversos puntos de vista. El análisis de los cambios demográficos en las sociedades desarrolladas, muestra la actual distribución de los grupos de edades y sobre todo su dinámica que permite la previsión de lo que ocurrirá en un inmediato futuro en el que las medidas que ahora deben comenzar a tomarse tengan su plena efectividad para solucionar los acuciantes problemas actuales.

Desde el punto de vista médico y sociológico el estudio del envejecimiento humano tiene una extraordinaria importancia. Aparte de enfermedades generales y el deterioro funcional de los distintos sistemas y aparatos del organismo durante el envejecimiento se destaca y preocupa el deterioro cuantitativo de la capacidad intelectual del individuo y la posible aparición de enfermedades neurodegenerativas entre las que destacan las demencias cuya proporción entre los mayores de 65 años llega a representar en algunas estadísticas hasta el 15% de la población que aumenta en los mayores de 90 años hasta casi un 40%.

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO.

Las investigaciones sobre el proceso biológico del envejecimiento están floreciendo de forma considerable, de tal modo, que los hallazgos de la genética y de la biología molecular van suministrando nueva información que nos permite conocer mejor los mecanismos íntimos del envejecimiento y que seguramente tendrán consecuencias importantes para corregir las desviaciones del envejecimiento normal y prevenir o retrasar en lo posible el envejecimiento patológico.

El envejecimiento normal es el que desarrolla la curva vital sin procesos intercurrentes de tipo accidental o patológico que interfieran la evolución de dicha curva. Pero vivir es una interacción de cada individuo con el medio ambiente que en todo momento, desde el nacimiento hasta la muerte, está influyendo sobre la constitución o predisposición genética. Podría hablarse de una influencia "normal". Por el contrario las acciones patológicas interrumpen el curso vital, como por ejemplo un accidente mortal, o lo "contamina" con una enfermedad que puede acortar la vida o hacerla incómoda con el sufrimiento o la incapacidad. Esto constituiría el envejecimiento patológico.

De acuerdo con estas ideas se hace preciso analizar los componentes del envejecimiento normal, la constitución y el desarrollo que están dispuestos en cada especie, la realización del plan vital codificado en el genoma. Posteriormente, habrá que hacer consideraciones sobre el envejecimiento patológico en lo que se refiere no solo a las enfermedades más frecuentes en el anciano y a la idea mantenida por algunos de que el envejecimiento en sí mismo produce ciertas deficiencias orgánicas que favorecen o predisponen a la aparición de algunas enfermedades como el cáncer, las deficiencias inmuno-

lógicas, las alteraciones endocrinas, etc. y su correlación con las insuficiencias y alteraciones mentales que a veces se observan en los ancianos.

Las recientes investigaciones biomédicas tanto básicas como clínicas están conduciendo a una nueva Gerontología cuyo interés principal se centra en conocer el proceso de la senescencia es decir, los mecanismos y circunstancias del envejecimiento normal separándolo del envejecimiento patológico en el que ciertas enfermedades como la artritis, procesos cardiovasculares, demencias etc. son más frecuentes y en cierto modo consideradas en tiempos como "normales" en los ancianos. Esto da lugar a una nueva visión de la ancianidad más positiva y optimista de la que había predominado en los últimos años. Ya no se trata solo de evitar o retrasar la aparición de ciertas enfermedades sino que además es necesario mantener e incluso potenciar la capacidad física y las funciones cognitivas de las personas que deben comprometerse con su vida a la que deben llenar de actividades productivas y de relaciones interpersonales incrementando la convivencia social. Estudios interdisciplinarios en personas ancianas en los que se combinan análisis fisiológicos, epidemiológicos y ciencias de la conducta, han identificado estilos de vida, factores psicosociales y culturales, hábitos de alimentación, de trabajo, etc. de extraordinaria importancia para mantener o incluso mejorar una actividad física normal y funciones intelectuales importantes para mantener el interés en el conocimiento y la preservación de la memoria. La evidencia que se desprende de recientes programas de investigación que se están llevando a cabo en USA, por el "National Institute of Aging" (Finch y Tanzi) demuestran la posible reversibilidad de la pérdida de función con la edad así como la limitación que el impacto de la herencia puede ejercer sobre la salud y el estado funcional en las edades avanzadas que dependen, cada vez con más evidencia, del control personal. Estas consideraciones se refieren al individuo como ser humano, como persona singular que ha de conocer, manejar y disfrutar su propia vida, única, irrepetible, trascendente, aunque no se quiera o no se sepa sentir.

Las consecuencias de todas estas consideraciones son de tipo preventivo: ¿qué hacer para prevenir el envejecimiento patológico? ¿qué hacer para conseguir la plenitud vital de la vejez?. Por supuesto que la vejez no puede evitarse pero conocer los mecanismos fisiológicos de su producción permitirá contrarrestar o disminuir los factores externos de riesgo que la convierten en patológica. Y muy especialmente, en lo que a la mente se refiere, una prevención del deterioro mental o del empobrecimiento progresivo de la mente, podría lograrse con mecanismos activos de potenciar la cultura y el ejercicio de la inteligencia cuyos mecanismos cerebrales, si se cuidan, permanecen activos incluso en el declinar de la vida.

PSICOSOCIOLOGÍA DEL ANCIANO.

¿Estamos viviendo más sanamente o simplemente más tiempo?. La evidencia actual es que algunas enfermedades crónicas incluida la artritis, demencia, hipertensión, ictus y enfisema están disminuyendo. El 89% de las personas comprendidas entre los 65 a los

74 años no refieren molestias e incluso después de los 85 años el 40% de los individuos son completamente funcionales. (Rowe). También la proporción de ancianos en casas de salud ha bajado del 6,3% en 1982 al 5,2 % en la actualidad. Se estima que el 65% de los varones norteamericanos serán completamente independientes durante 12 de los 15 años que les quedan por vivir. En la actualidad se considera que hay un millón y medio menos de ancianos discapacitados en Estados Unidos de los que hubiera habido si el estado de salud de las personas mayores no hubiera mejorado desde 1982.

Junto con este rápido cambio en la demografía de las personas de edad avanzada en los países desarrollados se están introduciendo medidas de tipo social y económico que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de los ancianos de una manera notable y que están corrigiendo rápidamente las situaciones producidas en muchos países por la "brusca" prolongación de la vida de muchos de sus ciudadanos, "sorprendidos" por este aumento de los años para el que no estaban preparados personal ni socialmente.

Otro aspecto fundamental del envejecimiento humano lo constituye el estudio de las consecuencias sociales que se están produciendo en el envejecimiento global de la sociedad. Al estudiar la sociología de la edad avanzada, hay que hacer referencia a la situación social de los ancianos antes y ahora, con la transformación del viejo "patriarca" en el anciano constituido en carga familiar. La transición de una situación a otra, reviste especial interés sobre todo en el ámbito de la familia. Hay que analizar también las consecuencias directamente sociales de la jubilación, el estudio psicológico del jubilado en sus diferentes estamentos, sus formas y estilos de vida, su entorno vital así como la influencia de las instituciones sociales.

También hay que referirse al ámbito socio-sanitario de la asistencia a los ancianos tanto en los niveles de atención primaria como en los especializados o los que suministran las instituciones públicas o privadas, todo lo cual está ampliando continuamente los gastos de la sociedad destinados a la protección de los ancianos.

SITUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Ernesto Jaime Guinla, Presidente Asociación Aragonesa de Mutualistas y Pensionistas de la Mutualidad de la Previsión

A los enfermeros jubilados y a otros grupos, la Seguridad Social les ha suprimido un complemento de su pensión desde Enero del 2005, unilateralmente y en muchos casos sin previo aviso. Con esta situación se produce la pérdida de un 40% de sus pensiones.

Se ha constituido una plataforma en defensa del artículo 151 de los primeros Estatutos de los trabajadores (Reglamentación Laboral), ratificado en todas las reformas posteriores, que permitía la jubilación con 60 años de edad cumplidos y 25 años de servicio. La situación económica del jubilado quedaba asegurada con el pago del 60% de su pensión a cargo del INSS y el 40% a cargo del INSALUD. El 40% era un complemento que siempre se entendió que no estaba sujeto a modificaciones y que sería fijo e inamovible.

El incremento de la pensión de este año, que se ha realizado sobre el 60%, se ha detruido del complemento, basándose en una Sentencia del Tribunal Supremo que interpreta precisamente que ese complemento no es fijo y que se irá absorbiendo con las subidas de la pensión cada año.

Esta situación vulnera toda la protección legislada, vigente en la actualidad, por lo que se ha constituido la citada plataforma.

No todas las Comunidades Autónomas han hecho caso a la Sentencia del Supremo mencionada, siguiendo con los derechos económicos establecidos en los Estatutos, lo que no sucede en Aragón.

OTROS ASPECTOS DE LA DISCRIMINACION POR EDAD

En el III Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que tuvo lugar en Madrid los días 16 y 17 de Noviembre de 1997, se presentó una comunicación en la que se proponía para los mayores (pensionistas y jubilados) que las ONGs dedicaran especial interés para una mejor información y preparación teórica de los sistemas de protección social, tendente a la globalización tanto del desarrollo económico, como cultural y social que hoy se percibe en el mundo.

Llegar a lo que ya ha sido acuñado como "Aldea Global", requiere ante todo un espíritu de colaboración para que la sociedad disfrute de unos mínimos de bienestar cohesionados por la solidaridad entre los pueblos. Para la integración de ese desarrollo será necesario la unidad de acción en las reivindicaciones y una integración plena en la evolución de la sociedad, rechazando la discriminación en cualquiera de sus formas.

Decía el Dr. Rojas Marcos que hay que aprender a envejecer superando la situación actual en la que las fuerzas sociales y culturales tienden a negar la vejez y glorificar la juventud.

En este aprender fija como reglas esenciales "mantener la autonomía y la participación social, evitando quedar discriminadas" .

Fue en un Congreso de Eurolink Age, en París, cuando se escuchó por primera vez la expresión "luchar contra la exclusión", refiriéndose concretamente a los obreros que, por su avanzada edad, no encontraban trabajo. Pero no es sólo la exclusión laboral la que interesa eliminar, sino más bien es la exclusión familiar, la social y la administrativa o de gobierno que deben preocuparnos a nosotros y a ese porcentaje de excluidos laborales que padecen jubilaciones anticipadas.

La exclusión familiar quizás sea la más lacerante porque afecta siempre a aspectos psicológicos que dañan y duelen más al pensionista. Hay en esta discriminación del mayor, la inducción de un sentimiento de inutilidad, de frustración, capaz de generar las más graves depresiones, afectando a su estabilidad mental y emocional.

Respecto a la exclusión social, sucede que, cuando se pregona la integración del mayor, la sociedad y las instituciones están promocionando políticas de integración que más bien contribuyen a la diferenciación y separación generacional. Más que nunca, hoy se promociona la división de la sociedad por edades y hemos pasado de las tradicionales niñez, juventud, madurez y vejez, a las actuales tercera edad, cuarta edad, vejez biológica, cronológica, psíquica, burocrática, etc.

En cuanto a la discriminación política, me refiero a la exclusión de una participación activa de los mayores en todos los órganos de gobierno y desarrollo de la sociedad.

Hay en este sentido dos aspectos poco divulgados, como elementos reivindicativos: la ausencia de un órgano verdaderamente representativo de los mayores y la falta de representación de los mayores en instituciones que sirvan de consejo y asesoramiento al Gobierno en cuestiones económicas y legislativas que nos afectan. Es rechazable que nuestros derechos sean ejercidos por los sindicatos de clase, en razón de que su dedicación es la población trabajadora y sólo se sirven de los pensionistas con fines interesados.

Tenemos constituido en España el Consejo Estatal, creado tras múltiples deliberaciones, que, hasta la fecha, no ha realizado ninguna reivindicación denunciando los múltiples temas que se barajan sobre protección social, ignorando realizar críticas al actual panorama; que no haya expuesto su opinión sobre "el medicamentazo" o sobre "el copago" y otros aspectos sanitarios; que se mantenga callado en cuanto a la reforma del IRPF, tope de pensiones, etc., etc.

Por último, no podemos dejar de mencionar las elocuentes palabras del Ex-Presidente del Consejo de Personas Mayores, Sr. Buqueras, cuando, con toda la razón hizo un llamamiento a las Administraciones Públicas "para que reconozcan a los mayores el derecho a participar en la vida económica, política, cultural y social sin discriminaciones por razón de edad".

Vemos, en resumen, que las personas mayores soportan la discriminación por razón de edad por parte de los distintos estamentos de la sociedad en la que se desenvuelven, por lo que esperamos que las diversas ponencias a debatir en éste próximo VII Congreso

Nacional de Organizaciones de Mayores, sirvan de alabonazo para mentalizar a dichos estamentos de la necesidad de tratar a los abuelos con la distinción, dignidad y consideración que se merecen, plenamente integrados en la sociedad sin discriminación alguna.

ENCUESTA DE SALUD Y HÁBITOS SEXUALES DEL INE. UN CASO DE DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE EDAD

Dña. Penélope Castejón Villarejo, Dña. Lourdes Pérez Ortiz y D^a Mayte Sancho Castiello, Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO

INTRODUCCIÓN:

Durante el último trimestre del 2003 el Instituto Nacional de Estadística, en colaboración con la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA, realizó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, cuyo objetivo es proporcionar información para la evaluación del impacto de las políticas preventivas realizadas sobre la extensión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, y orientar la planificación de dichas políticas preventivas en los próximos años.

El pasado 15 de agosto se publicaron, en la página web del INE (www.ine.es), los resultados detallados de dicha encuesta, aunque durante el 2004 ya se podía consultar un avance de resultados.

La encuesta tiene una muestra de 10.839 personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 49 años, quedando fuera de la investigación toda persona de 50 o más años.

OBJETIVOS: El objetivo principal de esta comunicación es estudiar si se ha producido una discriminación por razón de edad en la aplicación de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.

METODOLOGÍA:

Se ha seguido una metodología documental, que incluye:

- ◆ Revisión de los aspectos metodológicos de inclusión-exclusión de los grupos de edad en la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.
- ◆ Análisis estadístico descriptivo de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.
- ◆ Análisis estadístico descriptivo de la Estadística Estatal de SIDA (Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, www.ine.es)

RESULTADOS:

La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales no pretende abordar todos los aspectos de la sexualidad de los españoles, sino que está destinada a proporcionar datos para la evaluación del impacto de las políticas preventivas sobre la extensión del VIH/SIDA y servir de herramienta para la planificación de dichas políticas.

El INE reconoce que la población objetivo debería ser toda la población española y que el comportamiento sexual de las personas con edades situadas fuera del rango de edad seleccionado también es de interés. Sin embargo, alegando las razones que a continuación se transcriben (y contra-argumentan) y a fin de “utilizar de forma más eficiente y racional los fondos disponibles” (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es) se decide dejar fuera de estudio a las personas de mayores de 49 años. Dichas razones son:

1. “Cabe prever mayores dificultades para cumplimentar un cuestionario parcialmente autoadministrado, especialmente si se usa ordenador, entre los grupos de mayor edad.” (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es)

Esta afirmación podría denotar una visión estereotipada de las personas mayores. Se cuenta de antemano con que personas de más de 49 años presentarán dificultades para rellenar un cuestionario autoadministrado, suponiendo por tanto que constituyen una población en la que “cabe prever” un bajo nivel educativo o ciertas dificultades de cognición.

Prevén mayores dificultades “especialmente” si ha de usarse (como es el caso) ordenador para el cumplimentado del cuestionario. Aunque efectivamente exista una menor generalización del uso del ordenador entre la población mayor; dada la difusión que han alcanzado las altas tecnologías, especialmente en ámbitos laborales, y, teniendo en cuenta que entre las personas excluidas de la Encuesta seguro encontraremos bastantes que permanecerán activas al menos 15 años más, es posible que se esté subestimando los conocimientos informáticos de muchas de ellas.

Además, desde un punto de vista estrictamente metodológico debemos señalar que es el instrumento de recogida de datos el que ha de adaptarse a la población objetivo y no a la inversa. Si descartamos un tipo de población por tener dificultades para cumplimentar nuestro cuestionario, denotamos un error de diseño en nuestro instrumento, pues introduce un sesgo en la recogida de información. Habría que plantearse entonces su rediseño para hacerlo adecuado a toda la población que queremos estudiar.

2. “El análisis epidemiológico de los casos de SIDA producidos hasta el momento indica que las infecciones producidas fuera de este rango de edad son un porcentaje relativamente reducido.” (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es)

Según la Estadística estatal de SIDA (realizada por el Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, y publicada en www.ine.es) las personas mayores de 49 años representan un 7,1% de los casos, porcentaje que puede considerarse relativamente reducido.

No se debe olvidar que la encuesta analizada tiene como objetivo último proporcionar información para la elaboración de políticas preventivas destinadas a evitar la transmisión sexual del VIH, por lo que un adecuado análisis epidemiológico de los casos requiere centrarse en ese tipo de contagios. Teniendo en cuenta esto, el porcentaje que representan las personas mayores de 49 años sobre el total de casos de sida transmitidos por vía sexual pasa a ser de un 18%; casi un quinto del total de casos. Esta misma información desagregada en tramos de edad más pequeños, indica que cualquiera de los tramos excluidos (de 50 a 54 años con un 6,8%, de 55 a 59 con un 4,7% y 60 y más años con un 6,6%) representan un porcentaje mayor que el tramo de 20 a 24 (con un porcentaje del 3,5) sin embargo incluido en el Encuesta. (Ver gráfico 1)

Las relaciones sexuales sin protección son la principal causa de infección en las personas de 50 y más años, representando el 73,3%. De 15 a 49 años la mayoría de los contagios se dan por utilización de drogas vía parenteral (69,3%), mientras que la transmisión sexual tan sólo representa un 25,8%. (Ver gráfico 2)

Por tanto, el análisis epidemiológico de los casos no justifica la exclusión de las personas de 49 años y más en una encuesta como la de Salud y Hábitos Sexuales.

3. “El escaso número de casos de SIDA producidos fuera del rango de edad seleccionado lleva a pensar que las prácticas de riesgo son también muy poco prevalentes fuera de dicho rango de edad”. (INE, Metodología General de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, www.ine.es)

En la encuesta se identifican cuatro prácticas de riesgo: el NO uso de preservativo, las relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución, las relaciones sexuales con parejas eventuales y las relaciones sexuales con nuevas parejas. Pero estas tres últimas, sólo constituirán práctica de riesgo si se cumple también la primera, es decir, si además no se usa preservativo.

Como el propio INE afirma en las Notas de prensa emitidas el 27 de julio de 2004, el uso del preservativo es menos frecuente entre los mayores. (Ver gráficos 3 y 4)

Las relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución es una práctica en la que no se dan diferencias por grupos de edad (Cifras Ine: Salud y hábitos sexuales, www.ine.es); teniendo en cuenta que la prevalencia del VIH en estas personas es mayor que en la población en general y que el uso del preservativo disminuye a mayor edad, estaremos ante un importante número de personas mayores expuestas a riesgo inmediato de infección. (Ver gráfico 5)

Pensar, por tanto, que las prácticas de riesgo son poco prevalentes fuera del rango de edad seleccionado, no es coherente con lo que los datos indican.

Además se supone que las personas que llegan hoy a mayores han recibido una educación sexual más abierta y tienen acceso a medicación estimulante que facilita sus relaciones sexuales (Viagra, lubricantes...) con lo que el estudio sobre sus comportamientos sexuales se convierte en fundamental para la prevención del VIH.

CONCLUSIONES:

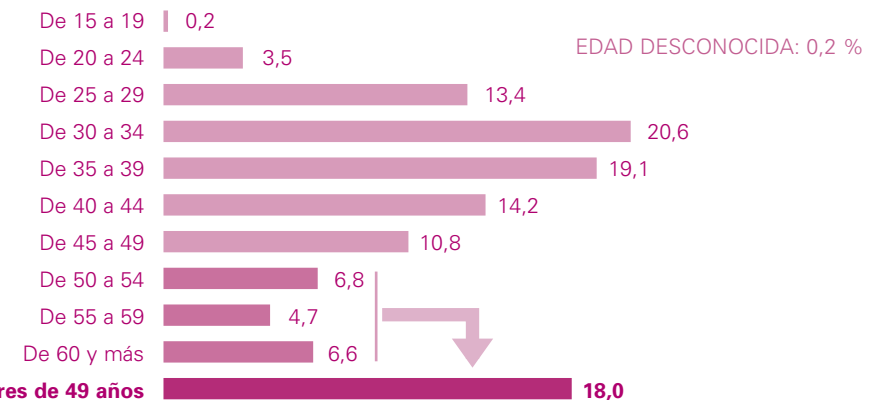
En el documento de la OMS “Envejecimiento activo: un marco político” para la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento (Madrid, abril 2002) encontramos como propuesta política fundamental “eliminar el límite de edad para la recopilación de datos sobre el VIH/SIDA, y evaluar y tratar el impacto del VIH/SIDA en las personas anciana, incluidas las infectadas y las que atienden a familiares infectados o huérfanos a causa del SIDA”.

Hacer caso de esta recomendación evitando la exclusión de la población mayor en estudios como la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales supondría, entre otras cosas:

- ◆ Un mayor conocimiento de comportamientos sexuales de riesgo
- ◆ Información acerca del impacto de campañas preventivas anteriores en las personas mayores,
- ◆ La base para la elaboración de campañas preventivas con un diseño para todas las edades,
- ◆ Y en consecuencia, un mejor acceso a la información referente a los riesgos de infección del VIH por parte de esta cohorte de edad.

• ANEXO I:

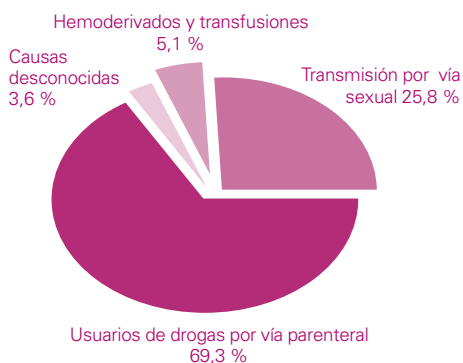
Gráfico 1. Casos de SIDA en los que el contagio se produjo por relaciones sexuales de riesgo



Fuente INE: INEBASE. Estadística estatal de SIDA

Gráfico 2.

Casos de SIDA por categoría de transmisión en las personas de entre 15 y 49 años



Casos de SIDA por categoría de transmisión en las personas 50 y más años

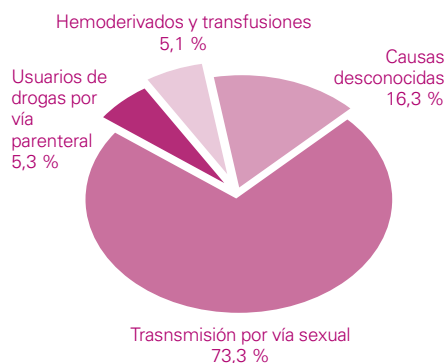


Gráfico 5.

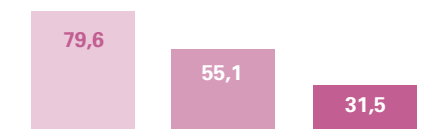
Hombres de 18 a 49 años, según uso de preservativo en la última relación sexual con personas que ejercen la prostitución

	TOTAL	SI	NO	No recuerda
Total	2.687.800	2.294.500	324.700	68.800
De 18 a 29 años	798.200	772.300	17.900	8.000
De 30 a 39 años	941.800	839.300	92.500	10.100
De 40 a 49 años	947.800	683.000	214.300	50.500

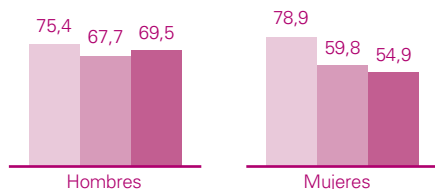
Fuente INE: INEBASE. Encuesta de Salud y Hábitos sexuales. 2003

Gráfico 3.

Porcentaje de personas que utilizaron preservativo en su primera relación sexual



Uso del preservativo en la primera relación sexual con la última nueva pareja



Porcentaje de población que usó siempre preservativo con las parejas ocasionales en los últimos 12 meses

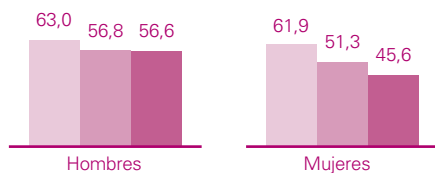
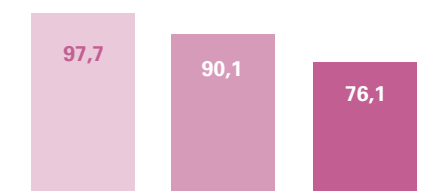


Gráfico 4.

Porcentaje de población que usó preservativo en la última relación sexual con una persona que ejercía la prostitución



Explicación de colores para Gráficos 3 y 4



Fuente INE: INEBASE. Estadística estatal de SIDA

• **ANEXO II:**

BIBLIOGRAFÍA:

- INE (2004): **Metodología general de la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales.** www.ine.es, 25 p.
- INE (2004): **“Salud y Hábitos Sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del Sida”.** Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística, 4, 8 p.
- INE (2004) **“Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales”.** Notas de Prensa 27 de julio, 6 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). **Envejecimiento Activo. Un marco político.** Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento publicada en la Revista Española de Geriatria y Gerontología 37, 74-105 p..
- LOSADA BALTAR, A. (2004): **“Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención”** Documentos Portal Mayores, www.imsersomayores.csic.es, 24 p.
- Jiménez Herrero, F. (2001): **“¿Los viejos no deben enamorarse?”.** Geriátrika, 17, 158-164 p.
- Muñoz, A. (1999): **“Sexualidad en la vejez”.** Geriátrika, 15, 41-43 p.
- González Martín, T., Olaya Gallo, M^a. A., Eiros Bouza, J.M^a., Arias Mayorga, J., González Guilbert, I., del Pozo Pérez, M.A. (1995): **“Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en ancianos”.** Revista Española de Geriatria y Gerontología, 30, 107-111p.

LAS DIFICULTADES DE LOS MAYORES CON LAS MEDICINAS Y SOLUCIONES

D^a. Teresa Bueno, Farmacéutica

DISCRIMINACION POR EDAD

Las personas mayores sufren con especial rigor las dificultades en la toma de medicamentos. Deben enfrentarse en sus domicilios a tratamientos prolongados, muchas veces con un número considerable de pastillas, con dosis alternas, y , lo que es más importante con medicamentos que generan problemas graves en caso de error.

La discriminación viene dada por las condiciones del enfermo. Menos lucidez, deterioro cognitivo, dificultades para leer (no sólo leer y comprender las instrucciones sino los nombres del envase), problemas con la memoria... Y son ellos los que tienen en sus manos la gestión de unas medicinas que pueden mejorar su estado o, en caso de mala administración, provocar más problemas de los que intenta corregir.

La comunicación muestra los resultados de una investigación realizada por la autora y que demuestra la eficacia del uso de organizadores/dosificadores semanales de pastillas por parte de los mayores polimedicados.

Se estima que entre el 30 y el 50 % de los pacientes mayores incumplen el tratamiento prescrito. En el paciente anciano este fenómeno está favorecido por factores como la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficits sensoriales. Todo ello interfiere en el entendimiento y en la praxis del tratamiento, con lo que dificultan el cumplimiento de prescripciones relativamente sencillas.

En los últimos años, se han producido avances muy importantes en la terapéutica. Sin embargo, el proceso de utilización de medicamentos es complejo, ya que intervienen diversos agentes (prescripción, dispensación, administración). Hay ocasiones en que la terapia farmacológica falla y no se alcanza el objetivo de salud por diversas razones, entre las cuales se encuentran los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que, en la mayor parte de los casos, podrían ser evitables.

Los avances farmacéuticos y médicos han alargado la esperanza de vida. Una simple pastilla, administrada a diario, puede mantener a raya enfermedades crónicas siempre que se cumpla a rajatabla con la cita. A partir de edades avanzadas, la toma de pastillas suele convertirse en algo casi ineludible para combatir múltiples dolencias que exigen, a cambio, rigor en la ingestión de los fármacos.

Numerosos estudios, sin embargo, han confirmado lo que la práctica evidencia en cada hogar: los errores son frecuentes. Olvidos, despistes, duplicidad en las dosis. Sus efectos pueden derivar en graves problemas, y ocasionalmente provocar fallecimientos.

Evitar los errores no es difícil. Más del 60% de ellos se consideran evitables, es decir, fruto de una mala administración de las medicinas.

INVESTIGACION SOBRE LA EFICACIA DE ORGANIZAR PREVIAMENTE LAS MEDICINAS

Se trata de un estudio cuasi experimental pre test/post test sin grupo de control en el que se consideraron las siguientes variables para analizar los resultados del cumplimiento terapéutico.

- ◆ Edad cronológica (65 años o más)
- ◆ Paciente polimedicado con al menos una patología crónica

El estudio se realizó durante los meses mayo-noviembre de 2004

Durante varias jornadas a los mayores, hombres y mujeres, que cumplen los criterios de inclusión se les realiza una entrevista en profundidad que aporta datos personales, datos clínicos y tratamientos.

Se recoge información sobre su enfermedad, sus tratamientos y sobre las formas en que toman en esos momentos sus medicinas. Se les pregunta sobre los métodos que utilizan para recordar sus tomas (algunos hacen notas en las cajas, otros sitúan las medicinas en zonas de fácil acceso...)

A las personas que se participan en la investigación se les imparte una charla que incluye datos relacionados con la necesidad y la importancia del cumplimiento terapéutico. Esto es, se realiza educación sanitaria individualizada, orientada a corregir aquellos aspectos erróneos detectados en el cumplimiento de los tratamientos.

Se les realiza a todos los integrantes de la muestra el test de Moriski – Green que ha sido valorado para la población española (Iñesta 1999) y que consiste en una serie de cuatro preguntas:

1. ¿Olvidó alguna vez tomar el medicamento para el problema de salud?
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja Vd. De tomarla?

Estas preguntas valoran si el enfermo adopta actitudes correctas ante su enfermedad.

Se considera BUEN CUMPLIMIENTO cuando se contesta correctamente a las cuatro preguntas, por el contrario una respuesta inadecuada, les incluiría como incumplidores.

Además puede proporcionar información sobre las causas que ha originado el incumplimiento.

Una vez finalizada la entrevista personal se entregó a los pacientes que participaron en el estudio un organizador semanal y se les explicó detalladamente la forma de usarlo. Se insistió en que el uso de esta “herramienta” suponía un cambio de hábitos en la toma diaria de medicamentos.

Las instrucciones no sólo estaban relacionadas con la forma de rellenar el dosificador sino con el uso diario del mismo y la forma de chequear la toma correcta diaria de las medicinas.

Se les dio instrucciones precisas para que no dejaran de usarlo si salían de viaje o se iban a casa de un familiar ya que el dosificador les permitía llevar las pastillas diarias en la cajita que corresponde a la jornada.

Se les explicó que debían usar de forma continuada el organizador durante el tiempo que duraba el estudio (tres meses) y se les convocó para una entrevista al cabo de cuatro semanas para resolver las dudas que podrían haber surgido en el uso doméstico del organizador.

Al cabo de tres meses se les convoca a una nueva entrevista para conocer los resultados de la prueba.

En la entrevista personal se solicita información sobre el uso del organizador que se les ha entregado. Se vuelve a realizar el test de Moriski-Green y una encuesta en profundidad de doce preguntas para conocer el uso que se ha hecho del dosificador; las consecuencias que este uso ha tenido en la toma diaria de medicinas y el grado de satisfacción de los pacientes con la nueva forma de administrar las medicinas en el ámbito doméstico.

Después del estudio **TODOS** los **INCUMPLIDORES** habían pasado a ser **CUMPLIDORES** según el test MG.

Esto demuestra que las personas mayores que disponen en su domicilio de “herramientas” adecuadas para organizar previamente la medicación pasan a realizar un uso correcto de las medicinas.

Los pacientes revelaban un alto grado de satisfacción. ¡Ojalá me lo hubieran dado antes!

¡Todos los domingos lo preparo! ¿por qué no nos proporcionan este dosificador igual que se reparten jeringuillas? ¡Ahora estoy mas tranquila! ¡Así no me olvido y si me despisto me doy cuenta! ¡Por supuesto que seguiré usándolo!... son algunas de las frases recogidas en las encuestas finales realizadas con los pacientes. No solo en las frases sino en el ánimo de los mayores se apreciaba la satisfacción por haber encontrado al fin una forma de afrontar el uso de los medicamentos con tranquilidad y seguridad.

El estudio ha demostrado que los mayores son capaces de cambiar sus hábitos si se les explica la forma de hacerlo y sus ventajas.

No todos los pacientes preparaban personalmente sus dosis. En algunos casos recurrían a algún familiar más joven. No obstante ellos (los mayores) son los que fueron capaces de apreciar la diferencia entre el “antes” y el “después” en su tarea de recordar las dosis adecuadas de cada toma y no olvidar ni duplicar ninguna.

Hay que tener presente que gran parte de las enfermedades que padece este colectivo (hipertensión, colesterol...) no tienen una sintomatología clara por lo que pueden inclu-

so pasar desapercibidas en el ámbito cotidiano. Esto hace que se puedan olvidar más fácilmente unas medicinas que no resuelven dolencias inmediatas. El dosificador recuerda las dosis obligadas y detecta los olvidos. Que el paciente relacione ese buen cumplimiento con su mejoría de salud a largo plazo fue uno de los objetivos de la “educación sanitaria” realizada.

En el caso de los enfermos que consumen Simtron se ha detectado un especial grado de tranquilidad. El paciente, conocedor de los riesgos que conlleva este medicamento, sabe que lo está tomando de forma correcta y ello contribuye a su equilibrio personal.

Las Instituciones Sanitarias comienzan a tomar conciencia de los problemas de los mayores con los medicamentos. La Comunidad de Andalucía y algunos ayuntamientos de Madrid proporcionan a los mayores organizadores/dosificadores semanales de medicinas para contribuir a un mejor resultado de los tratamientos. Estas iniciativas no solo ayudan al anciano sino que contribuyen a mejorar los resultados farmacológicos e influyen en la consecución de unos mejores resultados de la Sanidad Pública (Hay que tener en cuenta que uno de cada tres enfermos que ingresan en urgencias de los hospitales lo hacen por problemas relacionados con las medicinas). Y un porcentaje importante de este colectivo son mayores.