

Creación de un sistema de salud contra el edadismo para mejorar la atención que recibimos nosotros mismos ahora y en el futuro

Este documento se publicó originalmente en inglés y se tradujo con permiso. La citación del comentario original publicado en *Nature Aging* es: Inouye, S.K. Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves. *Nat Aging* 1, 150–152 (2021). <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>

LA COVID-19 HA PUESTO DE RELIEVE EL EDADISMO GENERALIZADO Y LA INTERCONEXIÓN DE LAS PERSONAS Y LAS SOCIEDADES. EN ESTE COMENTARIO SE ABORDA LA CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD CONTRA EL EDADISMO PARA MEJORAR NUESTROS PROPIOS RESULTADOS ACTUALES Y FUTUROS EN MATERIA DE SALUD.

— SHARON K. INOUE —

Superpuesta al rápido envejecimiento de nuestras poblaciones a nivel mundial, la COVID-19 ha supuesto una prueba de estrés intensiva para las personas mayores, y ha puesto de relieve el edadismo (es decir, el prejuicio contra la vejez) generalizado en la sociedad y en los sistemas de salud. Las marcadas inequidades relacionadas con la edad en la prestación de la atención médica y en los resultados de salud han pasado a estar en la primera plana de la atención pública y el discurso a nivel internacional. A pesar de este énfasis actual, estos problemas “puestos al descubierto” por la COVID-19 existen desde hace tiempo, están profundamente arraigados y aumentan de manera constante con el paso del tiempo (1). En este comentario se abordarán los principales ámbitos en los que el edadismo ha influido negativamente en nuestro sistema de salud y ha dado lugar a peores resultados de salud.

Definimos aquí el edadismo como la discriminación por razones de edad, incluidos los umbrales de edad explícitos para la aplicación de tratamientos o para la asig-

nación de recursos, y los sesgos implícitos asociados a la edad que limitan o crean obstáculos para el acceso a la atención médica. A un nivel básico, el edadismo se traduce en una atención de salud generalmente más deficiente que conduce a resultados adversos y a un aumento de la mortalidad. Tal como se ha documentado en 149 estudios anteriores (1), el edadismo conduce a obstáculos para el acceso o la denegación de servicios y tratamientos de salud, en los que la edad es el factor principal que determina quién recibe determinados tratamientos e intervenciones. En un estudio de referencia de más de 9.000 pacientes hospitalizados antes de la COVID-19, se observó que los profesionales de la salud tenían una probabilidad significativamente mayor de no aplicar tratamientos de soporte vital a los pacientes mayores en comparación con las personas más jóvenes, incluso después de introducir un ajuste respecto al pronóstico y las preferencias de los pacientes (2), una práctica que ha persistido hasta la fecha. El edadismo ha llevado también a una atención insuficiente o inadecuada, y ha disminuido o retrasado el acceso a los servicios de salud, lo que ha dado lugar a una menor supervivencia, una peor calidad de vida, un aumento del deterioro cognitivo y funcional, y un aumento del incumplimiento del tratamiento con medicamentos, las consultas de urgencia y las hospitalizaciones (1).

La falta de conocimiento de los aspectos específicos que tienen las manifestaciones de las enfermedades en las personas mayores puede hacer que se retrase el diagnóstico o que directamente no haya uno. La mayor parte del personal médico y de enfermería no es consciente de las formas de presentación atípicas frecuentes que tienen muchas enfermedades en las personas mayores. Al menos un tercio de las infecciones graves no cursan con fiebre en las personas mayores (3); además, el infarto agudo de miocardio suele tener manifestaciones inespecíficas en lugar del síntoma clásico de dolor torácico (4). Los mareos, las caídas, el síndrome de confusión mental (*delirium*), la disminución del apetito y el estado general de deterioro (*failure to thrive*) son formas de presentación inespecíficas frecuentes de las enfermedades agudas en las personas mayores. La falta de un diagnóstico o su retraso pueden conducir a complicaciones graves para la salud, incluida la muerte.

Las personas mayores tienen un riesgo notablemente superior de reacciones adversas a los medicamentos (5), con una frecuencia elevada de polifarmacia y de interacciones entre distintos medicamentos y entre los medicamentos y las enfermedades. Además, ciertas clases de medicamentos, que se consideran medicamentos potencialmente inapropiados, tienen una relación riesgo-beneficio desfavorable en las personas mayores, pero aun así se prescriben a más del 23% de ellas (5). Los criterios de Beers (6), publicados en 1991 y actualizados regularmente, fueron concebidos para mejorar el uso adecuado de los medicamentos en las personas mayores mediante la reducción del empleo de los medicamentos potencialmente inapropiados. Estos criterios proporcionan también pautas que hacen hincapié en la reducción de las dosis o la retirada de las prescripciones de medicamentos que son innecesarios, reduciendo así los problemas de polifarmacia y de reacciones adversas. Estas son áreas fundamentales que se deberían abordar con una mayor capacitación en geriatría de todos los profesionales de la salud.

La mejora de la formación teórica y práctica de los profesionales de la salud en lo relativo a los aspectos específicos del diagnóstico y el tratamiento en las personas mayores ayudará a combatir el edadismo en la atención de salud. La mayoría de los profesionales de la salud se dan cuenta de que la atención médica de la población infantil tiene muchas características distintas de las que se dan en una persona adulta media de 40 años. Sin embargo, la mayoría no es consciente de que existe el mismo grado de diferencia entre las necesidades de atención médica de una persona adulta media de 40 años y las de una persona mayor media de 80 a 90 años. En la formación médica actual, los médicos pasan al menos tres veces más tiempo en la formación de pediatría que en la de geriatría, y la mayoría no reciben ninguna formación formal en geriatría.

El acceso a la atención y los tratamientos de carácter preventivo que mantienen la vida se ve limitado a menudo por criterios explícitos o implícitos basados en la edad. De hecho, el acceso a todos los tipos de atención médica, desde los exámenes preventivos sistemáticos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia o vacunas) hasta los tratamientos costosos de soporte vital, se ve limitado por políticas edadistas. Los principales ejemplos en los que se ha “limitado” de forma explícita la atención de salud en función de la edad son el de la hemodiálisis para la enfermedad renal terminal y el del trasplante de órganos. En las décadas de 1990 y del 2000, la limitación en función de la edad se aplicó de forma explícita, en especial en países con un seguro médico nacionalizado. En un estudio se afirmó que había abundantes razones prácticas, relacionadas con la eficiencia y orientadas a la equidad, que apoyan el uso de la edad como criterio de limitación dominante para proporcionar el conjunto de beneficios del seguro público de salud (7). Las posteriores protestas públicas y las demandas judiciales basadas en la discriminación por edad condujeron a la eliminación de tales criterios explícitos basados en la edad; sin embargo, el sesgo implícito derivado de la edad sigue existiendo, y limita el acceso a través de los patrones de derivación de los pacientes y de otros obstáculos. Si bien el uso de la hemodiálisis ha aumentado en las personas de ≥ 70 años en el Reino Unido, en este grupo etario no se ha realizado ningún trasplante de hígado, y el porcentaje de trasplantes renales ha permanecido en $< 9\%$ en el 2018-2019 en términos generales a pesar de la frecuencia proporcionalmente muy superior de la insuficiencia renal en este grupo etario (8).

La limitación del uso de la atención crítica y de soporte vital en función de la edad ha pasado a ser explícita durante el periodo de la COVID-19. Muchos sistemas de salud de todo el mundo se han enfrentado a una escasez crítica de respiradores y camas de cuidados intensivos, y han propuesto como solución la aplicación de limitaciones de uso basadas en la edad (9). Sin embargo, estos criterios basados estrictamente en la edad discriminan claramente según ella y no permiten considerar las diferencias existentes en el pronóstico a largo plazo, el estado funcional y las preferencias del paciente. En Estados Unidos, los umbrales basados en la edad han sido rechazados en gran medida al tratarse de una discriminación por edad, para pasar a enfoques que asignan los recursos basándose en la consideración de la gravedad inicial de la enfermedad (es decir, la probabilidad de sobrevivir a la hospitalización) y del pronós-

tico a largo plazo (es decir, la probabilidad de supervivencia durante ≥ 5 años). Para evitar un sesgo basado en la edad, los grupos de consenso y los comités de ética han recomendado el empleo de un grupo interdisciplinario para la toma de decisiones complejas. Dicho grupo debe contar con conocimientos especializados en geriatría y debe tener en cuenta toda la evidencia existente, así como los objetivos de atención de salud del paciente y de la familia.

Las personas mayores han sido excluidas sistemáticamente de los ensayos clínicos aleatorizados. Un elemento clave para el desarrollo de cualquier tratamiento eficaz y seguro es probar ese tratamiento en la población destinataria, la cual incluye a las personas mayores en muchos trastornos como el cáncer, así como las enfermedades cardiovasculares y neurológicas. En una revisión sistemática reciente de los ensayos clínicos publicados en las principales revistas médicas entre los años 1998 y 2015 se observó que el 30% incluía un límite máximo de edad y más del 90% no justificaba la exclusión por edad (10). En otro estudio de ensayos clínicos de fase III realizados entre los años 1965 y 2015 se observó la presencia de un límite máximo de edad en el 33%, y que el 67% indicaban una media de edad sustancialmente inferior a la edad de las personas afectadas por la enfermedad (11). En el 2019, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos instituyeron una nueva política, denominada “inclusión en toda la vida” (*Inclusion across the Lifespan*) (12), que exige la inclusión de personas mayores en los ensayos clínicos. A pesar de estas salvaguardias, en un estudio reciente de 847 ensayos de vacunas y tratamientos para la COVID-19 registrados en clinicaltrials.gov (13), 195 (23%) utilizaron un límite de edad y en otros 252 ensayos (30%) había otros criterios de exclusión que afectaban particularmente a las personas mayores; así pues, se consideró que 447 (53%) de los ensayos tenían un riesgo elevado de excluir a las personas mayores. De entre 18 ensayos de vacunas, 11 (61%) tenían criterios de exclusión basados en la edad, mientras que 7 (39 %) tenían otros criterios de exclusión potencialmente relacionados con la edad; por consiguiente, se consideró que el 100% tenían un riesgo elevado de excluir a las personas mayores. Aunque hay algunos criterios de exclusión que son necesarios para proteger la seguridad de las personas mayores, muchos de los criterios de exclusión (como las comorbilidades estables leves o el requisito de acceso a Internet) no están suficientemente justificados. Las razones de exclusión fueron innumerables e incluyeron desde un sesgo arraigado asociado a la edad y políticas discriminatorias hasta un proteccionismo paternalista (por ejemplo, los ensayos son demasiado peligrosos), la facilidad de realización (por ejemplo, tiempo y costos adicionales para incluir a personas mayores, o preocupación por una posible ralentización de las aprobaciones en cuanto a la seguridad) o motivos de exclusión con una relación inadvertida con la edad (por ejemplo, la necesidad de videoconferencias a través de Internet). Es importante destacar que una exclusión de este tipo limitará la capacidad de evaluar la eficacia, la posología y los efectos adversos de los tratamientos en las personas mayores y, en última instancia, pondrá en peligro el acceso equitativo a las vacunas y los tratamientos.

**CUADRO 1 |
CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD CONTRA EL EDADISMO PARA MEJORAR
LOS RESULTADOS DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES**

RETOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD	POSIBLES SOLUCIONES
Forma de presentación atípica de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar la forma de presentación inespecífica frecuente de enfermedades graves en las personas mayores, como caídas, síndrome de confusión mental, mareos y estado general de deterioro. • Creación de redes de seguridad y sistemas de seguimiento para evitar la falta de diagnóstico o su retraso.
Polifarmacia y uso inapropiado de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con farmacéuticos clínicos. • Destacar la frecuencia de la polifarmacia, las reacciones adversas a medicamentos, las interacciones entre fármacos y entre fármacos y enfermedades, la sensibilidad a los medicamentos psicoactivos y la necesidad de ajustes posológicos. • Aplicación de los criterios de Beers para reducir la polifarmacia y la exposición a medicamentos inapropiados.
Falta de conocimiento de los profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de todos los profesionales de la salud en los diversos contextos de atención de salud. • Formación y capacitación sobre los aspectos de la atención clínica específicos de las personas mayores. • Atención al sesgo implícito y al edadismo: reconsideración de las actitudes negativas.
Enfoques basados en órganos y sistemas para la atención clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de la atención superespecializada y fragmentada. • Creación de una atención interdisciplinaria coordinada. • Establecimiento de incentivos para la atención dirigida a objetivos y centrada en la persona mediante la orientación basada en las preferencias de las personas mayores. • Enfoques basados en las gerociencias para la salud a lo largo de toda la vida.
Obstáculos para el acceso a la atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de los obstáculos clínicos, incluidos los que se dan a nivel del paciente y a nivel del prestador de atención, así como los de cobertura de seguro y del financiamiento. • Desarrollo de sistemas de salud amigables para las personas mayores a nivel mundial. • Abordaje de los obstáculos del entorno para quienes tienen deficiencias en la función física o cognitiva, la audición o la vista, o falta de alfabetización. • Creación de capacidad digital en las personas mayores. • Atención a los problemas socioculturales, como la ansiedad, el miedo y la desconfianza. • Involucración de las personas mayores, los cuidadores familiares y los geriatras en las soluciones.

Participación insuficiente de los cuidadores familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Involucración de los cuidadores familiares para alcanzar una atención óptima de las personas mayores, en especial los que presentan fragilidad y demencia. • Intervención de cuidadores familiares para mejorar la comunicación, supervisar los tratamientos y mejorar el cumplimiento y el seguimiento.
Infrautilización de la atención preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de los factores del paciente, del prestador y del sistema que conducen a la infrautilización de una atención preventiva efectiva para las personas mayores.
Negación del tratamiento de soporte vital	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de grupos interdisciplinarios, con la participación de expertos en geriatría, para considerar la toma de decisiones complejas en el acceso a tratamientos y procedimientos de soporte vital, en especial durante periodos de escasez crítica. • Evitación de las limitaciones en el uso basadas únicamente en la edad.
Exclusión de los ensayos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de los obstáculos existentes para la participación: capacitar al personal, desarrollar alternativas a la participación a través de Internet, involucrar a los familiares para obtener el consentimiento de representantes si es necesario y minimizar la exclusión motivada por comorbilidades estables. • Participación de geriatras en el diseño de la inclusión de pacientes y en la formación del personal. • Garantizar un acceso equitativo a las nuevas vacunas y tratamientos.

La actitud de que “las personas mayores son prescindibles” (14) refleja un edadismo perturbador y generalizado que se ha expresado abiertamente durante la COVID-19. De hecho, infravalorar a las personas mayores nos pone en peligro a todos. En el contexto de la atención de salud, las personas mayores son vistas a menudo como una carga económica para los recursos disponibles; sin embargo, la realidad es que las personas mayores son el fundamento y la base sobre la que se ha construido nuestra sociedad, gracias a sus contribuciones pasadas, actuales y futuras a la sociedad y la economía. En análisis económicos recientes se ha estimado que las personas mayores contribuyen a nuestra economía de más de 250.000 millones de dólares al año (15). Además proporcionan apoyo familiar, cuidado, trabajo remunerado y voluntario, y contribuciones de inestimable valor a la infraestructura comunitaria a nivel mundial. Son una fuente de experiencia y conocimiento experto para vecindarios y lugares de trabajo, y representan una fuente infrautilizada de competencias y conocimiento intergeneracional. Por consiguiente, valorar y potenciar la posible contribución de las personas mayores a la sociedad reportará en última instancia beneficios a través de las generaciones.

Si bien la COVID-19 ha sacado a la luz el edadismo, también ha brindado una oportunidad sin precedentes de cambiar el paradigma y rediseñar un sistema de salud contra el edadismo que, en última instancia, mejorará los resultados de salud para todos. Con la conmoción que ha sufrido nuestro sistema de salud tenemos la oportunidad de pensar en cambios estratégicos en todo el sistema sobre la forma en la que prestamos atención médica a las personas mayores. En el cuadro 1 se indican soluciones prácticas y aplicables que ayudarán a abordar el problema del edadismo en la atención de la salud. En primer lugar, debemos construir sistemas de salud amigables para las personas mayores (16) a nivel mundial, que incluyan a estas personas, a sus cuidadores familiares y a expertos en geriatría como parte de la solución. Estos sistemas deben hacer lo posible por reducir los obstáculos existentes para el acceso a todos los niveles. En segundo lugar, la mejora de la formación teórica y práctica de los profesionales de la salud será esencial para proporcionar una atención adecuada dirigida a los aspectos específicos de las personas mayores y que no se vea afectada por sesgos relacionados con la edad. Dicha formación será útil para aumentar la toma de conciencia respecto a las formas de presentación atípicas de la enfermedad en las personas mayores y para reducir la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados. Proporcionar una atención de alta calidad a las personas mayores requiere coordinación, a la vez que evitar una atención superespecializada basada en órganos y sistemas. De ser posible, la atención debe ser supervisada por un equipo interdisciplinario que preste una atención centrada en la persona y orientada por los objetivos y preferencias expresados por las propias personas mayores. El avance de las gerociencias (17), que se centran en el desarrollo de tratamientos biológicos para mejorar la salud, puede ayudar a mejorar la longevidad con buena salud de las personas mayores. Es importante asegurar la participación de los cuidadores familiares para mejorar la comunicación, supervisar los tratamientos y mejorar el cumplimiento y el seguimiento. Los esfuerzos sistemáticos por abordar los factores del paciente, del prestador de la atención y del sistema de salud que limitan la utilización de la atención preventiva serán esenciales para el mantenimiento de la salud en las personas mayores.

Asegurar un acceso justo y equitativo de las personas mayores a los tratamientos y procedimientos de soporte vital es de crucial importancia en un contexto antiedadista. El acceso a la experiencia geriátrica y el conocimiento de las preferencias del paciente son esenciales en el complejo proceso de toma de decisiones, en especial en tiempos de escasez clínica. Las limitaciones del acceso basadas únicamente en la edad no debe ser el criterio. La inclusión de personas mayores en los ensayos clínicos es de suma importancia para garantizar la eficacia y la seguridad de los nuevos tratamientos y vacunas. Las estrategias para potenciar su inclusión deben incorporar la capacitación del personal, minimizar las exclusiones debidas a trastornos estables, involucrar a expertos en geriatría en los procedimientos de inclusión, crear esquemas y enfoques flexibles para la participación, y solicitar la cooperación familiar y el consentimiento por parte de representantes. La inclusión en los ensayos clínicos mejorará también el acceso a los tratamientos y vacunas definitivos. Garantizar un acceso equitativo a las nuevas vacunas y tratamientos por parte de la población de personas

mayores, que a menudo se ve afectada de una forma superior a la proporcional por enfermedades específicas, es fundamental para un sistema de salud antiedadista.

La pandemia de COVID-19 ha traído consigo una mayor toma de conciencia sobre la interconexión de todos nosotros como personas y como sociedades a nivel mundial. Por consiguiente, mejorar la atención de las personas mayores y construir un sistema de salud óptimo y amigable para los mayores nos ayudará a todos, incluidos nosotros mismos, ahora y en el futuro.●

Sharon K. Inouye ^{1,2}

¹ Departamento de Medicina, Centro Médico Beth Israel Deaconess, Facultad de Medicina de Harvard, Boston (Estados Unidos).

² Centro de Envejecimiento Cerebral, Instituto de Investigación sobre el Envejecimiento Hinda y Arthur Marcus, Hebrew SeniorLife, Boston (Estados Unidos).

Correo electrónico: AgingBrainCenter@hsl.harvard.edu

Publicado en línea: 11 de febrero del 2021

<https://doi.org/10.1038/s43587-020-00004-4>

REFERENCIAS

1. Chang, E. S. et al. PLoS ONE 15, e0220857 (2020).
2. Hamel, M. B. et al. *Ann. Intern. Med.* 130, 116–125 (1999).
3. Limpawattana, P., Phungoen, P., Mitsungrern, T., Laosuankoon, W. & Tansangworn, N. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 62, 97–102 (2016).
4. Canto, J. G. et al. *JAMA* 283, 3223–3229 (2000).
5. Lavan, A. H. & Gallagher, P. *Ther. Adv. Drug Saf.* 7, 11–22 (2016).
6. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. *J. Am. Geriatr. Soc.* 67, 674–694 (2019).
7. Breyer, F. & Schultheiss, C. *Int. J. Health Care Finance Econ.* 2, 247–264 (2002).
8. *Annual Report on Kidney Transplantation 2018/19, NHS Blood and Transplant* (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, 2019); <https://nhsbt.dbe.blob.core.windows.net/umbraco-assets-corp/16778/nhsbt-kidney-transplantation-annual-report-2018-19.pdf>
9. Miller, F. G. Why I support age-related rationing of ventilators for Covid-19 patients. *The Hastings Center* <https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients/> (2020).
10. Thake, M. & Lowry, A. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 72, 99–102 (2017).
11. Lockett, J., Sauma, S., Radziszewska, B. & Bernard, M. A. *J. Am. Geriatr. Soc.* 67, 218–222 (2019).
12. Inclusion across the lifespan. *Institutos Nacionales de Salud* <https://grants.nih.gov/policy/inclusion/lifespan.htm#> (2019).
13. Helfand, B. K. I. et al. *JAMA Intern. Med.* 180, 1546–1549 (2020).
14. Schnell, F., Tahmaseb McConatha, J., Magnarelli, J. & Fry, D. *Ageism and Perceptions of Vulnerability: Framing of Age During the Covid-19 Pandemic* (West Chester University, 2020).
15. Bloom, D. E., Khoury, A., Algur, E. & Sevilla, J. P. *Economist (Leiden)* 168, 153–181 (2020).
16. Fulmer, T., Mate, K. S. & Berman, A. *J. Am. Geriatr. Soc.* 66, 22–24 (2018).
17. Barzilai, N., Cuervo, A. M. & Austad, S. *JAMA* 320, 1321–1322 (2018).

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Este trabajo contó en parte con el apoyo del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (subvenciones número P01AG031720 y R24AG054259).

S.K.I. ocupa la Cátedra de la Familia Milton y Shirley F. Levy de Hebrew SeniorLife/Facultad de Medicina de Harvard. Las fuentes de financiación no participaron en modo alguno en el diseño, la realización ni la presentación de este comentario.

INTERESES EN COMPETENCIA

La autora no declara intereses en competencia.