

Ancianidade e Bio \times ética

 Consello de Bioética de Galicia  9:00 a 14:00 e 16:30 a 20:00  Salón de Actos da Consellería de Sanidade → Edificio Administrativo San Lázaro, s/n → Santiago de Compostela



08:30 ACREDITACIÓN E ENTREGA DA DOCUMENTACIÓN

09:00 **INAUGURACIÓN**
RELATOR > Jesús Vázquez Almuiña
Conseleiro de Sanidade

09:15 **PRESENTACIÓN**
RELATOR > José Antonio Seoane
Presidente do Consello de Bioética de Galicia

CONFERENCIA DE APERTURA

09:30 **O futuro do coidado**

10:30 Ramón Morera i Castell → Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Grupo de treball de Ètica

MESA REDONDA

10:30 **A mirada á ancianidade dende...**

MODERADORA → Irene Esperón Rodríguez → Consello de Bioética de Galicia

O Servizo Galego de Saúde
María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatría da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos
Rocío Malfeito Jiménez

O Servizo de xeriatría da EOXI de Vigo
Xosé Manuel Vega Andión

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía
José Carlos Millán Calenti

12:30

DESCANSO

PRESENTACIÓN DO DOCUMENTO

13:00 **Ètica, vulnerabilidade e ancianidade (CBG)**

14:00 Ana Guillén Vilanova → María Ponte García → Mónica Suárez Berea
→ Consello de Bioética de Galicia

14:00

DESCANSO

16:30

17:00

Pósteres

MODERADOR → Comité Científico → Consello de Bioética de Galicia

MESA REDONDA

17:00

19:00

A mirada á ancianidade dende...

MODERADORA → Carmen Soloso Blanco → Consello de Bioética de Galicia

A prevención
Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

A atención domiciliaria
Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

O centro de saúde
Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A intervención social
Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:00

DESCANSO

CONFERENCIA DE CLAUSURA

19:15

20:30

O valor do coidado

Victoria Camps → Universitat Autònoma de Barcelona

XORNADA

Ancianidade e Bioética

EDICIÓN BILINGÜE

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade-Secretaría Xeral Técnica- Consello de Bioética de Galicia
Santiago de Compostela
2018

Integran o CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA:

Rosendo Bugarín González

Natalia Cal Purriños

Ana Concheiro Guisán

Teresa Conde Cid

Olivia Díez Lindín

Irene Esperón Rodríguez

Ana Guillén Vilanova

Xurxo Hervada Vidal

Victoria Lojo Vicente

María Ponte García

Carmen Ramil Fraga

Antonio Rodríguez Núñez

Alberto Ruano Raviña

Silvia Sánchez Radío

José Antonio Seoane Rodríguez

Carmen Solloso Blanco

Mónica Suárez Berea,

Alfredo Valdés Paredes

Isabel Vila Iglesias

Edita_Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade

Secretaría Xeral Técnica-Consello de Bioética de Galicia

Lugar_Santiago de Compostela

Ano_2018

Deseño e maquetación_KRISSOLA DESEÑO, S.L.

9:00 → 09:15
INAUGURACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

Jesús Vázquez Almuíña

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Berea

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

G

→ 7



→ 11



→ 17



→ 33



→ 35



→ 42



→ 43



→ 48



→ 57



→ 69

→ 79



→ 82



→ 89



→ 94



→ 96



→ 103



C

107 ←

ANCIANIDAD Y BIOÉTICA

Jesús Vázquez Almuíña

108 ←

ANCIANIDAD Y BIOÉTICA

José Antonio Seoane

111 ←

EL FUTURO DEL CUIDADO

Ramón Morera i Castell

118 ←

LA MIRADA A LA ANCIANIDAD DESDE...

Irene Esperón Rodríguez

119 ←

EL Servicio Gallego de Salud

María Sinda Blanco Lobeiras

123 ←

El Servicio de geriatría de la EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

123 ←

El Servicio de geriatría de la EOXI de Lugo, Cervo y Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

126 ←

La investigación universitaria (UDC) en gerontología

José Carlos Millán Calenti

130 ←

ÉTICA, VULNERABILIDAD Y ANCIANIDAD

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Berea

135 ←

PÓSTERS

Comité Científico

140 ←

LA MIRADA A LA ANCIANIDAD DESDE...

Carmen Solloso Blanco

141 ←

La prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

145 ←

El centro de salud

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

147 ←

La atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

149 ←

La intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

152 ←

EL VALOR DEL CUIDADO

Victoria Camps

**MODO DE
NAVEGACIÓN**

**Un clic nos capítulos
do índice** enlaza coa
páxina correspondente

**Un clic nos capítulos das
portadillas** enlaza coa
páxina correspondente



Un clic reproduce o
vídeo do relatorio

Bioética

Un clic nos pes
de páxina enlaza
co **índice**



Click de enlace

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Bera

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

09:00 → 09:15

INAUGURACIÓN

Inauguración

RELATOR → JESÚS VÁZQUEZ ALMUIÑA
CONSELLEIRO DE SANIDADE

D. Alberto Fuentes Losada, secretario xeral técnico da Consellería de Sanidade, D.^a Beatriz Allegue Requeijo, xerente da Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde (ACIS), profesor D. José Antonio Seoane, presidente do Consello de Bioética de Galicia, equipo directivo, membros do Consello de Bioética de Galicia, profesionais, relatores, señoras e señores,

Bo día,

Moitas grazas a todos pola vosa presenza, e aos organizadores desta xornada na que abordaredes a través de conferencias e mesas redondas un tema de tanto interese como é Ancianidade e Bioética.

Segundo un estudo recente da Universidade de Washington os españois terán unha esperanza de vida de 85,8 anos no 2040, o que converterá a España no país con maior esperanza de vida do mundo.

O incremento da esperanza de vida, xunto co descenso das taxas de mortalidade e os baixos índices de natalidade, fan que teñamos unha poboación cada vez máis envellecida.

Este avellentamento vén motivado tamén polos avances científicos e tecnolóxicos que retrasan a morte e que modifican a evolución das enfermidades.

Na civilización occidental a posición e estima social das persoas anciás decreceu co paso dos séculos: de seren consideradas as máximas autoridades políticas, sociais e culturais, depositarias da memoria e a identidade da comunidade, pasouse á primacía da mocidade e da produtividade, quizais porque o valor da persoa deriva do que fai ou produce, e non do que é.

Bioética

Esta perspectiva sociolóxica coexiste cun modelo laboral, económico e produtivo coherente e cunha perspectiva demográfica que revela o envellecemento da poboación, o aumento da dependencia e a necesidade de cuidados.

Noutras palabras, o Sistema de Saúde de Galicia debe ofrecer respostas ás distintas necesidades da poboación anciá.

Polo tanto, cómpre felicitar o Consello de Bioética de Galicia pola elaboración do documento de recomendacións que presenta hoxe, 'Ética, vulnerabilidade e ancianidade', que contén suxestións para mellorar o coidado das persoas anciás e, como subliñan repetidamente, das persoas cuidadoras, tamén afectadas pola vulnerabilidade.

Hoxe vivimos máis e por iso buscamos non só tempo de vida senón a calidade dese tempo de vida.

Os nosos, permítanme que utilice o term maiores, precisan cada vez de máis cuidados e desde o sistema sanitario estamos adaptándonos a esas novas necesidades, mellorando e estendendo a hospitalización a domicilio; impulsando a atención domiciliaria e a atención non presencial utilizando as novas tecnoloxías (fogar dixital, Telea, e-saúde).

No novo Programa FID (Fondo de Innovación Empresarial desde a Demanda), o Sergas participa co Plan de innovación CÓDIGO100. O obxectivo deste plan é preparar o sistema de saúde para responder aos desafíos que presenta unha sociedade cada vez máis envellecida.

Bioética

A día de hoxe o Sergas presta asistencia a 2,7 millóns de pacientes, un 23 % deles maiores de 65 anos, e por tanto a xestión dunha poboación altamente envellecida e dispersa supón un verdadeiro desafío para un Sistema Público de Saúde, o de Galicia, que busca novas solucións e tecnoloxías para manter o superar os niveis de calidade da atención sanitaria que presta.

Somos conscientes da responsabilidade da Administración sanitaria, e de toda a Administración pública, para deseñar políticas que eviten ou diminúan a vulnerabilidade dos pacientes anciáns e dos seus cuidadores e cuidadoras, e garantir o respecto de valores como a dignidade, a autonomía, a intimidade, a igualdade, a seguridade, o benestar, a xustiza.

Estamos moi orgullosos dos nosos maiores e seguiremos traballando para mellorar a súa cantidade e calidade de vida.

Moitas grazas.

Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidade
Consellería de Sanidade, Venres, 25 de outubro de 2018

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Berea

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

09:15 → 09:30

PRESENTACIÓN

Ancianidade e Bioética

RELATOR → JOSÉ ANTONIO SEOANE

PRESIDENTE DO CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

I

Benvidos á xornada anual do Consello de Bioética de Galicia, “Ancianidade e Bioética”, que continúa a xornada de 2017, pois xunto á ancianidade hoxe comparecen de novo a vulnerabilidade e o coidado.

II

Como en ocasións anteriores, habemos de agradecerlle á Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia e ao conselleiro D. Jesús Vázquez Almuíña, o seu apoio e a súa presenza na inauguración desta xornada, agradecemento que facemos extensivo á Secretaría Xeral Técnica e ao seu titular, D. Alberto Fontes Losada. Transmitimos tamén a nosa gratitude á Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde (ACIS), representada pola súa xerente, D.ª Beatriz Allegue Requeijo, pola súa colaboración no desenvolvemento e a execución das actividades do Consello.

O noso recoñecemento esténdese aos conferenciantes, os relatores, as presentadoras e as moderadoras, así como aos autores dos pósteres, que garanten a pluralidade da xornada e amplían o horizonte bioético galego; e tamén a todos os asistentes e ao resto de persoas que contribuíron á realización desta xornada e á presentación dos nosos documentos.

Finalmente, a título máis persoal, agradézolle á secretaria, aos vogais e ás miñas compañeiras do Consello de Bioética de Galicia poder compartir estas actividades e esta experiencia.

III

A xornada é, dunha parte, unha invitación e un acto de acollida a todas as persoas e institucións interesadas na Bioética e, concretamente, na situación das persoas anciás. Como anfitrión, o Consello goza coa posibilidade de aprender de quen ocupe esta mesa, presente os seus pósteres, interveña desde o auditorio ou, simplemente, dialogue ao longo do día.

Bioética

Doutra, a xornada é o momento de compartir en público os resultados máis destacados do Consello durante os últimos meses, en especial o seu terceiro documento de recomendacións, *Ética, vulnerabilidade e ancianidade*, que anunciamos na xornada que tivo lugar hai un ano e que hoxe presentaremos tras un difícil e instrutivo percorrido. A el referiranse detalladamente as miñas compañeiras Ana Guillén, María Ponte e Mónica Suárez ao final da mañá.

Un segundo resultado, de carácter formativo, é a proposta de tres cursos básicos sobre os temas dos nosos documentos de recomendacións: conflito de intereses, confidencialidade no acceso e o uso da documentación clínica, e o coidado da poboación anciá vulnerable, que están previstos para o próximo ano 2019, dentro da oferta da ACIS.

E como en anos anteriores, outra actividade significativa do Consello é esta xornada, enmarcada pola conferencia de apertura, *O futuro do coidado* (Ramón Morera), que introducirá e contextualizará a cuestión anticipando cal pode ser o rumbo da atención das persoas anciás vulnerables, e pola conferencia de clausura, *O valor do coidado* (Vitoria Camps), que poñerá o acento na dimensión ética e reflexionará sobre o coidado desde unha perspectiva non sanitaria.

A nosa concepción deliberativa da Bioética busca outras miradas diferentes á ancianidade e ao seu coidado. Na mesa redonda da mañá compartiremos a perspectiva do Servizo Galego de Saúde (M.^a Sinda Blanco Lobeiras), dos dous servizos de Xeriatria das EOXI galegas: Vigo (Xosé Manuel Vega Andión) e Lugo, Cervo e Monforte de Lemos (Rocío Malfeito Jiménez), e da investigación universitaria –en concreto da Universidade da Coruña– en Xerontoloxía (José Carlos Millán Calenti). Despois, a mesa redonda da tarde ofrecerá catro novas perspectivas asistenciais e terri-

Bioética

toriais, desde a prevención (Iñaki Martín Lesende), o centro de saúde (Joám Casas Rodrigues), a atención domiciliaria (Xavier Bayona Huguet (Cataluña) e a intervención social (Brígida Argote Martínez de Lagrán).

Ademais, poderemos debater cos autores dos seis pósteres que abrirán a sesión de tarde e, como anticipei, completaremos a xornada coa presentación e o debate do novo documento de recomendacións do Consello de Bioética de Galicia, *Ética, vulnerabilidade e ancianidade*.

IV

Hai tres anos, a Orde da Consellería de Sanidade do 16 de outubro de 2015 fixou as características do Consello de Bioética de Galicia como órgano colexiado, permanente, consultivo, interdisciplinar e independente cuxa misión é asesorar a Administración e os profesionais da saúde, promover a formación bioética e a consideración da Bioética como criterio de calidade e boa práctica profesional, e contribuír á información e favorecer o debate cívico sobre as dimensións éticas da práctica asistencial.

Advírtase que o Consello non é un órgano executivo senón meramente asesor de quen ten a capacidade e a obriga de executar; é dicir, un órgano de reflexión ou, en termos máis afíns á Bioética, un órgano de deliberación. Así o entendemos e así o practicamos, cobrando conciencia do atributo máis importante e máis difícil do deliberar, a humildade, sen a cal non seríamos capaces de concluír o noso último documento, cuxos argumentos, conclusións e recomendacións escoitarán hoxe de modo resumido e poderán ler e coñecer en detalle se acceden á nosa páxina web.

V

Diciamos hai un ano que quen non coida e non é coidado non é plenamente humano. Hoxe debemos ampliar a perspectiva e examinar a rea-

Bioética

lidade desde unha perspectiva mesoética e macroética, subliñando a dimensión política no seu sentido xenuíno: un sistema de saúde e unha sociedade que non coidan non perdurarán e, máis aínda, corromperanse moralmente.

Tomando prestada a expresión de María Ángeles Durán¹, a *riqueza invisible do coidado* alértanos do seu descoido e a súa mercantilización e interpélanos eticamente. Non se trata dunha afirmación retórica, pois o coidado da saúde e a resposta á vulnerabilidade das persoas anciás teñen carácter transversal. Xa que logo, non nos diriximos só á sanidade senón tamén ás políticas sociais, laborais, económicas e tributarias, educativas etc.

Garantir a saúde como oportunidade de vida, como capacidade para participar na comunidade e desenvolver unha vida significativa esixe a intervención de todos para eliminar as desigualdades inxustas, é dicir, as inequidades evitables e involuntarias que incrementan a vulnerabilidade. Se se permite a analoxía, isto esixe intervir nos determinantes sociais da vulnerabilidade, que son as circunstancias nas que as persoas nacen, crecen, viven, traballan e envellecen. Hai que ir máis aló da sanidade e renovar as prioridades e a arquitectura das nosas sociedades para promover un coidado xusto da vulnerabilidade desde as institucións.

VI

A persoa que asume a responsabilidade do benestar físico, intelectual e afectivo doutra persoa é unha coidadora². É esta unha afirmación ambiciosa e esixente, que tamén podería enunciarse así: é coidadora a persoa que contribúe á felicidade doutra. Evitamos así a ambigüidade do ter-

1 M. Ángeles Durán, *La riqueza invisible del cuidado*, Valencia, Universitat de València, 2018.

2 Ibid., 148.

Bioética

mo “benestar” pero incorremos na polisemia da “felicidade”, que se di de moitas maneiras³.

Para despexar esta incógnita finalizo cunha visita á Antiga Grecia acompañado de Emilio Lledó. Para asegurar a existencia fráxil e inestable das persoas, a felicidade ou a vida plena (*eudaimonía*) alimentábase entón de bens materiais; esta preocupación polo “benter” probaba a estrutura corporal e indixente da existencia. Pero a linguaxe e as palabras foron descubrindo un universo máis abstracto e un sentimento parecido ao “benestar”, que non xurdía pola seguridade das cousas ou bens que tiñamos. O “benestar” transformouse en “benser”, e o mundo das cousas mudou en mundo dos sentimentos. Xa non bastaba con respectar a corporeidade senón que se necesitaba o alimento da vida como “enerxía e alegría”, que ao ser algo esencial para todos os seres humanos reclamaba unha política de igualdade, amizade, xustiza e a posibilidade de convivir. Con todo, este sentimento de equilibrio e acougo interior tamén é vulnerable e está permanentemente ameazado porque, “efectivamente, é imposible a felicidade se a mirada descobre, ao redor da vida individual, a enfermidade social e a corrupción que estraga a vida colectiva”⁴.

Oxalá que esta xornada nos ensine a mirar eticamente a vulnerabilidade das persoas anciás e a atopar os camiños adecuados para o seu coidado.

José Antonio Seoane
Presidente do Consello de Bioética de Galicia
Santiago de Compostela, 25 de outubro de 2018

3 Aristóteles, *Ética a Nicómaco* I 1095a 14-30.

4 Emilio Lledó, *Elogio de la infelicidad*, Valladolid, Catro, 2005, p. 14.

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Bera

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

09:30 → 10:30

CONFERENCIA
DE APERTURA

O futuro do coidado

RELATOR → DR. RAMÓN MORERA I CASTELL

MÉDICO DE FAMILIA

MEMBRO DE LA SOCIEDAD CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR (CAMFIC)

E DA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP)

Agradézolle ao “Consello de Bioética de Galicia” a oportunidade de compartir algunhas consideracións con relación ao futuro dos coidados ás persoas maiores. Non se trata máis que duns apuntamentos e reflexións persoais, iso si, despois de explorar distintas realidades e distintos autores e de aproveitar a miña experiencia profesional neste ámbito. Desde o meu punto de vista, é inevitable o rumbo de traballar desde hai máis de 30 anos como médico de familia no sistema sanitario público. Unha mirada próxima á realidade do paciente e da súa contorna pero inevitablemente médica.

A cuestión sobre o futuro dos coidados é moi relevante pero nada fácil de responder.

Woody Allen en Annie Hall dicía frases tan acertadas, con relación ao envellecemento, como: *“Interésame o futuro porque é o sitio onde vou pasar o resto da miña vida”*. E non só ao Sr. Allen, creo que a todos os que estamos comprometidos dalgún modo na atención de persoas maiores nos interesa especialmente. E tamén dicía: *“Non me importa envellecer, a alternativa é peor”* ou *“Non é que me asuste a morte, simplemente non quero estar aí cando ocorra”*, referíndose á morte, tema que na súa filmografía está moi presente.

Bioética

A ancianidade está asociada, frecuentemente, á vulnerabilidade, á dependencia, á necesidade de coidados e á perda de saúde por enfermidades crónicas, o que agora os servizos sanitarios etiquetan como pacientes con enfermidades crónicas complexas ou simplemente pacientes crónicos complexos (PCC). E sempre a ancianidade está asociada á morte.

Por tanto, tócame falar sobre os coidados e especialmente sobre o futuro dos coidados. E tamén o vou facer sobre a proposta de mellora do noso modelo sanitario, que ten como obxectivo dar mellor resposta sanitaria, por parte das administracións e os profesionais, ás persoas maiores. E tentarei apuntar os principais retos éticos no coidado destas persoas.

Tamén me toca reflexionar sobre o proceso de final de vida e sobre a morte. E reflexionar sobre a morte digna ou os coidados ao final da vida; e entrarei no debate sobre a eutanasia e o suicidio asistido, debate que volve estar presente na nosa sociedade, como mínimo no ámbito político e sanitario.

O futuro dos coidados

A nosa sociedade cambia rapidamente e non é necesario argumentalo, vivímolo todos. Cambios demográficos, sociais, do modelo de familia, tecnolóxicos, de estilos de vida... En moitos países como o noso, a esperanza de vida prolongouse extraordinariamente. Xapón e España son os países con maior esperanza de vida entre os países da Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económicos (OCDE), segundo [Health at a Glance 2017](#), o informe máis recente de saúde da dita entidade.

Xapón ten 83,9 anos de esperanza de vida, mentres que os habitantes de España e Suíza poden chegar a vivir, en media, 83 anos; e son as mulleres as que

ética

teñen unha esperanza de vida uns 5 anos superior aos homes. Aínda que non é a realidade de todo o mundo, e unha mostra é Rusia onde, hai poucas semanas, prolongaron a idade de xubilación dos homes ata os 65 anos, pero é que alí a esperanza de vida dos homes no 2017 era de 66,5 anos.

Cambia a sociedade e os coidados tamén evolucionan e evolucionarán pero, quizá, non o están facendo á velocidade que as nosas comunidades precisan. Como sociedade somos suficientemente conscientes? As dinámicas da familia moderna e as administracións: son capaces de lle dar resposta ao reto de coidar adecuadamente as persoas maiores?

Véndoo como médico de familia, notamos que actualmente, e nun futuro aínda máis, moitas das persoas maiores viven soas ou cunha parella tan ou máis maiores, fráxiles e vulnerables ca eles. Non sabemos moi ben quen cuida a quen. Poucos teñen cuidador; quizais algúns si contan con axuda da familia. Algúns, un cuidador non profesional. A maioría dinos que non quere molestar os seus fillos. E todos, que queren estar na súa casa ata o final da vida. En 30 anos de práctica, poucas persoas me dixeron que quixesen morrer nun hospital. E moi poucas decidiron libremente ingresar nunha residencia ou nun centro sociosanitario. De feito, moitos piden non ter que ir a Urgencias ou a consultas do hospital, porque "é territorio hostil", que tantos médicos e aparellos os angustian e non se poden permitir pedir que os acompañen tantas veces.

O reto está servido e é a todos os niveis:

Os nosos modelos de familia cada día contemplan menos o asumir o coidado das súas persoas maiores. Volveuse "un problema". As administracións, impersoais e burocráticas, e as políticas ás veces acertadas, como puido ser a Lei de dependencia de Zapatero, pero habitualmente lentas

Bioética

e con falta de recursos, son insuficientes para dar respostas adecuadas. Os sectores económicos, si xeran avances biomédicos, tecnolóxicos e sociosanitarios, pero como oportunidades de negocio para novos “consumidores” máis que como oportunidades de servizo integral ás persoas. E temos un modelo sanitario centrado no hospital, e é difícil de reorientar, pero o hospital non é en absoluto a resposta sanitaria que precisan nin desexan as persoas maiores que necesitan servizos sanitarios.

As experiencias en distintos países á hora de buscar estratexias para mellorar o coidado das persoas maiores

Francia optou pola economía do “servizo á persoa”, xerando máis de 330 000 empregos desde 2005 tras poñer en marcha unha medida incentivadora: 50 % dos gastos incorridos neste tipo de actividade son directamente reducidos do IRPF.

Os valores do modelo nórdico entenden que o estado debe cubrir as necesidades básicas da cidadanía. A asistencia sanitaria e social universal e gratuíta. Non hai cultura de asistencia informal por parte dos familiares. Os obxectivos é que as persoas maiores e persoas con dependencia, están orientados a mantelas no seu domicilio. A competencia de executar o modelo é municipal.

En Xapón a solución robótica, pola súa banda, foi a elección do Goberno xaponés, obrigado polas súas circunstancias demográficas e o seu rexeitamento á inmigración. En 2025 o país asiático terá un 30 % de maiores de 65 anos entre a poboación total. Dentro da iniciativa Sociedade 5.0, o Goberno decidiu impulsar unha política que aumente a aceptación por parte da comunidade de novos ro-

ética

bots de axuda de forma que cada catro de cinco persoas maiores estea a utilizalos xa en 2020. Os rápidos avances tecnolóxicos ofrecen grandes oportunidades pero non solucións definitivas.

En España temos un modelo social con menores gastos en asistencia e cun forte desembolso en pensións, caracterizado por unha pirámide poboacional moi envellecida e sostida por vínculos e redes familiares. Un modelo que fomenta a atención e os coidados informais e que a responsabilidade a asuma a familia. Cunha falta de recursos, falta de profesionalización e precarización do sector dos coidados a domicilio. Como noutros países da Europa continental, contamos con servizos sanitarios municipais de axuda en domicilio. Estes só cobren parcialmente unha pequena parte das necesidades. Doutra banda, contamos coas axudas económicas do Goberno, xurdidas da Lei de dependencia; estas axudas teñen un principio de contención do gasto, permitindo unicamente financiar unha parte dos servizos coa intención de que o usuario cofinancie. Con todo, os usuarios tenden a solicitar máis a prestación económica que os servizos profesionalizados, sendo este un punto débil do modelo. Non debemos obviar que se carece dalgunhas estruturas e servizos desenvolvidos entre elas, vivendas tuteladas ou apartamentos con servizos específicos para persoas maiores ou o desenvolvemento de empresas que presten servizos integrais a domicilio e que dean resposta ás necesidades específicas de cada persoa.

En canto ao modelo de atención sanitaria, o modelo actual NON dá resposta adecuada ás necesidades. En primeiro lugar, a atención ha de prestarse fundamentalmente na comunidade e no domicilio das persoas por proximidade física e psicolóxica e hase de evitar o fraccionamiento da atención e favorecer a lonxitudinalidade. Os equipos de atención primaria (EAP) dos centros de saúde han de evolucionar, o equipo de profesionais ha de ser e traballar de forma máis interdisciplinar e, por exemplo, contar con fisioterapeutas propios. Hase

Bioética

de avanzar no obxectivo de que as enfermeiras de familia desenvolvan toda a súa capacidade competencial e poidan ser o referente na atención sanitaria destas persoas co apoio do médico de familia do paciente. Para isto, na organización do traballo diario no centro é imprescindible a priorización da atención no domicilio. Se pode ser, dispoñer diariamente de parte do horario laboral para atender pacientes en domicilio e para seguimento telefónico ou para a coordinación interdisciplinar. Tamén é fundamental que entre os profesionais do EAP se desenvolvan os roles de “expertos ou consultores interno” que lles poidan dar apoio aos seus compañeiros, no ámbito enfermeiro como xestión de casos e no médico como referente na atención de procesos complexos e apoio na atención a domicilio para poder dar unha resposta áxil, na comunidade, aos pacientes con complicacións que requiren dunha atención máis intensa e diaria ata a súa estabilización (coma se fose o que no ámbito hospitalario definen como ingreso en domicilio). Tamén é necesario desenvolver os servizos de atención continuada/urxencias de atención primaria, dotándoos da máxima capacidade diagnóstica e terapéutica (en Catalunya a fórmula son os centros de urxencias de atención primaria CUAP) e desenvolver unidades supra Área Básica de Saúde que dean resposta telefónica sanitaria e atención a domicilio fóra do horario das EAP, pero específicos para este colectivo de persoas.

Ser médicos ou enfermeiras de atención primaria consiste, precisamente, en manexar situacións complexas, desde unha perspectiva global. O manexo dun paciente que acumula varias patoloxías orgánicas evolucionadas debe atopar no equipo de atención primaria a este profesional que, sabendo un pouco de todo é capaz avaliar interaccións, priorizar necesidades e facer plans de coidados integrados.

Bioética

Aspectos éticos

Moitos son os retos éticos no coidado das persoas maiores como a competencia e o reto de respectar as decisións, o consentimento informado en persoas maiores, o respecto á intimidade e o deber de confidencialidade dos profesionais, as suxeicións físicas, os malos tratos ou tratos inadecuados, a obstinación terapéutica ou a morte digna entre outros. Seguro que ao longo das distintas intervencións da xornada, todos serán abordados acertadamente.

A continuación, expoño o meu punto de vista sobre algúns deles.

→ **A vontade do paciente**

En primeiro lugar, está o gran reto de respectar as decisións do paciente, que moitas veces decide “non seguir o que lle recomendamos”, sen caer no abandono. Temos o deber de non abandonar. Esta é unha situación para a que non estamos demasiado preparados, e se o paciente percibe pola nosa reacción que lle rifamos ou que non o atendemos ben, diranos o que queremos oír, e todo iso transformárase nun grande engano. Hai que abordar con sinceridade, lealdade e respecto, a capacidade e a vontade do paciente á hora de facer cambios na súa maneira de vivir e pactar a súa factibilidade. Se non fai o tratamento ou non pensa facelo, máis vale sabelo de entrada e aceptalo.

En moitos casos, dado que moitos dos pacientes maiores non ven ben, non oen moito, non se moven con axilidade e a deterioración cognitiva vai evolucionando, chega un momento en que te dás conta de que non se poden facer cargo de si mesmos ou necesitan axuda externa porque se fan unha lea cos medicamentos... E, moitos, non o queren recoñecer. Este tamén é un dilema: a competencia para tomar as decisións. Como saber cando chegamos ao

Bioética

límite? En que momento debemos decidir actuar por substitución? Cando saltarnos o deber de segredo e contactar cos fillos ou o asistente social, en beneficio do paciente?

→ O dilema final

Aínda que poucos pacientes teñen un documento de vontades anticipadas (DVA) escrito, os médicos de cabeceira coñecemos en moitos casos cales son as súas vontades, porque, cos anos, destas cousas falamos na consulta. O problema preséntase á hora de cumprilas. Case todo o mundo desexa tres cousas: non sufrir, non dar traballo e estar na súa casa. O de non sufrir dor ou síntomas físicos (o sufrimento moral é outra cousa) é o máis fácil de abordar. O tema de non dar traballo xa é máis complicado. Moitas veces, o paciente ten un alto nivel de dependencia e necesita coidados, e non ten a ninguén de quen recibilos. Os fillos non poden, ou non están, ou non hai. A parella é fráxil ou non hai. Desgraciadamente, máis veces das que desexariamos, un paciente acaba morrendo nun hospital ou pasando os últimos anos da súa vida nunha residencia, porque non está resolto o tema do coidador.

→ A morte

Estar a morrer, estar na fase final da vida é algo máis que un feito biolóxico e médico. É unha experiencia humana radical para quen a vive, e para quen coida e acompaña ao paciente. Algunhas das cuestións éticas máis desafiantes están presentes no momento do coidado e a toma de decisións sobre as persoas ao final da vida.

→ Marco deontolóxico actual

"O médico debe ter en conta que o enfermo ten o dereito de rexeitar o tratamento para prolongar a vida". "O obxectivo da atención ás persoas en

1 Bioética

situación de enfermidade terminal non é acurtar nin alongar a súa vida, senón o promover a súa máxima calidade posible. O tratamento da situación de agonía debe pretender evitar o sufrimento e a angustia". "O médico nunca provocará intencionadamente a morte de ningún paciente, nin sequer en caso de petición expresa por parte deste". "A sedación na agonía é científica e eticamente correcta. Só cando existen síntomas refractarios aos recursos terapéuticos dispoñibles e se dispón do consentimento do paciente implícito, explícito ou por delegación".

A atención lonxitudinal que prestamos ao longo da vida sitúanos, como médicos de familia, nun lugar adecuado para prestar unha atención de calidade técnica e humana cando a vida se acaba. Dispoñemos de competencias técnicas, de ampla información sobre a biografía do paciente, tanto biolóxica, como social ou familiar, incluídos os seus valores, preferencias e expectativas. Temos unha relación de confianza tecida ao longo de anos e de múltiples e diversas situacións.

Como médicos de familia, a consideración para os nosos pacientes obríganos a coñecer os seus valores, a coñecer que cuestións outorgan sentido ás súas vidas, a colaborar na súa promoción, a deliberar sobre os plans de coidado e a considerar con respecto as súas decisións aínda que sexan diferentes das que nós tomaríamos.

Como sempre, hai que centrarse no paciente, tendo en conta neste caso a súa fragilidade extrema e a súa gran dependencia, circunstancias que o poñen nunha situación de máxima asimetría tanto nas relacións sociais como nas relacións cos sanitarios. Con todo, o seu valor como persoa e a súa dignidade non se modifican.

Bioética

→ **A conspiración do silencio**

Na nosa contorna cultural, a miúdo, a familia quere protexer ao paciente ocultando un diagnóstico de mal prognóstico. Toda a familia “conspira” para conseguir que o paciente non coñeza a verdade. E faino coa intención de evitalle un sufrimento excesivo ao paciente. Debemos procurar conseguir que a familia se convenza de facilitarlle ao paciente a información que necesite; en último termo, a nosa primeira lealdade é cara ao paciente e se é necesario, teremos que lle manifestar á familia que non podemos negarlle ao paciente unha información que lle pertence. En resumo, o paciente ten dereito a saber a verdade, pero non está obrigado a ser informado de toda a verdade!

→ **A obstinación terapéutica**

A obstinación terapéutica consiste en utilizar medidas diagnósticas ou terapéuticas que non produzan ningún beneficio ou con beneficios tan limitados que poidan considerarse futís. De feito, pode comezar moito antes de que a morte se achegue: xa na fase de envellecemento da persoa. A miúdo está influída polas dificultades na aceptación do proceso de morrer, a contorna “curativo”, a falta de formación, as demandas de paciente e familia ou a presión para o uso de tecnoloxía.

Entre as súas consecuencias podemos destacar a frustración de profesionais e pacientes, a ineficiencia por uso inadecuado de recursos e, sobre todo, a probable maleficencia sobre o paciente (os efectos secundarios das nosas actuacións).

A obstinación terapéutica ten unha connotación claramente relacionada coa tecnoloxía e o ámbito hospitalario. Nesta contorna, a miúdo a última etapa

ética

da vida acompáñase dun importante uso de recursos: humanos, tecnolóxicos e farmacolóxicos. Moitas veces, esta tendencia para “facer” en lugar de “acompañar” contaxia a actuación da atención primaria; nela o empeño ten un claro equivalente no uso inadecuado dos servizos hospitalarios, particularmente os de urxencias, así como o mantemento de medicamentos que deixaron de ter sentido (por exemplo, hipolipemiantes).

Tamén serían bos exemplos de obstinación terapéutica no domicilio do paciente o tratamento etiolóxico de infeccións sobrevidas ou, mesmo, o uso de medidas paliativas innecesarias (morfina con dor controlada e sen dispnea, sedación en paciente que non a pide nin necesita etc.¹

1 “ACOMPÑAR ATA A MORTE”, Camfic, Grupo de Ética. http://gestor.camfic.cat/uploads/item_543_EBLOG_1856.pdf

No documento tamén incorporo reflexións do Grupo de Ética de a Camfic, e de distintos compañeiros do mesmo: Dra. Marquet, Dr. Reguant e Dra. Fernández de Sanmamed

Bioética

→ A eutanasia

O debate sobre a eutanasia é un debate difícil, radical e que en moi poucos países se desenvolveu e lexislou como dereito. A política ha de saber reflectir a realidade social en cada momento e lexislar en consecuencia. Aínda que nunca será compartido por todos.

Nas definicións arredor deste tema, con moita frecuencia atopámonos con polisemias, polo que reviso as definicións de 4 conceptos relacionados.

- **Eutanasia:** Aínda que a palabra procede do grego e significa literalmente “*boa morte*”, actualmente defínemola como “*Accións realizadas por outras persoas, a petición expresa e reiterada dun paciente que padece un sufrimento físico ou psíquico como consecuencia dunha enfermidade incurable e que el vive como inaceptable, indigna e como un mal, a fin de causarlle a morte de maneira rápida, eficaz e indolora para evitarlle máis sufrimento*”.
- **Suicidio asistido ou auxilio ao suicidio:** “*Acción dunha persoa que padece unha enfermidade irreversible para acabar coa súa vida e que conta coa axuda doutra persoa que lle proporciona os coñecementos e os medios para facelo*”. Cando a persoa que axuda é o médico, falamos de suicidio medicamente asistido.
- **Limitación do esforzo terapéutico:** “*Abandono ou non inicio de tratamentos que teñan por finalidade prolongar a vida*”. Actualmente fálese máis de adecuación do esforzo terapéutico.
- **Sedación na agonía (ou terminal):** “*Consiste na diminución deliberada da conciencia do paciente con administración de fármacos que producen sedación profunda, co obxectivo de evitar un sufrimento insustentable, provocado por síntomas refractarios a outros tratamentos*”. A sedación é un recurso terapéutico máis

ética

e, por tanto, eticamente neutro. O que fai que sexa aceptable ou reprobable é o fin que busca e as circunstancias en que se aplica. A boa práctica implica coñecer as indicacións: sufrimento refractario en momentos próximos á morte. Hai que coñecer os tipos e doses de fármacos a usar e axustar as doses.

Moitos son os argumentos, relixiosos e éticos para non despenalizar a eutanasia pero o principal argumento a favor da despenalización e da legalización da eutanasia/suicidio asistido baséase na autodeterminación dos cidadáns libres. Nunha sociedade moderna na que existe diversidade de pareceres sobre cuestións morais, as leis non lles deberían impedir aos habitantes dun determinado país decidir cando consideran que a súa vida carece xa de sentido e, por tanto, a posibilidade de elixir o momento de poñerlle fin. Non se trata de lle impoñer nada a ninguén, senón de permitir que cada un poida escoller segundo a súa conciencia; e, por tanto, que aqueles que chegados a un estado crítico de saúde queiran acabar coas súas vidas, teñan o dereito de facelo. O debate está servido.

Conclusiones

O futuro dos cuidados das persoas maiores e, especialmente, as dependentes non está resolto, continúa sendo un reto. É transcendente que a todos os niveis se siga reflexionando e traballando para mellorar o cuidado das persoas maiores, coa definición dun modelo que sexa abordado desde as diferentes dimensións, que pase polo incremento dos recursos sociais, a profesionalización das persoas cuidadoras e a reorientación dos servizos sanitarios, cara á atención primaria, dotándoos de recursos. Os datos demográficos, continúan indicando que estas necesidades serán crecentes, por iso é necesario definir un modelo transversal, coordinado e desenvolvido desde a proximidade. Co obxectivo pos-

Bioética

to en garantir calidade de vida dos nosos maiores, atendendo ao obxectivo de facilitar que se este é o seu desexo, a persoa maior poida seguir vivindo na comunidade e só restrinxir as necesidades de institucionalizar en situacións excepcionais. O papel da familia é importante, pero esta ha de contar con máis apoio das administracións, que axude a garantir a igualdade de oportunidades.

A calidade de vida, evidentemente tamén pasa polas súas últimas decisións, que desde esta vertente de proximidade, de coñecemento que permite a atención primaria desenvolve un nivel que pode axudar á autodeterminación dos cidadáns. Son múltiples os aspectos éticos no coidado das persoas maiores e esencial que impregnen todas as dimensións deste.

Castelldefels, setembro 2018

ética

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Bera

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

A mirada á ancianidade desde...

10:30 → 12:30

MESA REDONDA

MODERADORA → IRENE ESPERÓN RODRÍGUEZ
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Bos días,

O meu nome é Irene Esperón Rodríguez, pertenzo ao Consello de Bioética de Galicia e ao Comité de Ética da EOXI de Vigo.

Teño a honra hoxe de moderar a primeira mesa destas xornadas nas que nos propuxemos unha intensa xornada de reflexión acerca da Bioética no colectivo das persoas anciás. O noso interese xorde da necesidade de dirixir a mirada desde o prisma ético a un colectivo que, polas súas características e circunstancias, precisa de consideracións especiais.

Os avances médicos permitiron no último século aumentar a supervivencia da poboación, cada vez hai máis persoas lonxevas, que supoñen un reto para a Sanidade Pública, tanto desde o punto de vista asistencial como de planificación sanitaria. Neste contexto onde necesariamente a Bioética ha de “inspirar” e “iluminar” todos estes procesos.

Bioética

Agradézzolles ás persoas que darán sentido a esta mesa o feito de que estean hoxe aquí, grazas en nome de todo o Consello por aceptar a nosa invitación. A través deles dirixiremos a mirada no ámbito que nos ocupa desde o Servizo Galego de Saúde, na persoa de María Sinda Blanco Lobeiras; desde a Xeriatria con Xosé Manuel Veiga Andión e Rocío Malfeito Jiménez; e desde a Investigación Universitaria con José Carlos Calenti.

Brevemente volos presento:

María Sinda Blanco Lobeiras. Médica especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Durante máis de 20 anos exerce como médica de familia dentro do Sergas en distintos dispositivos sanitarios. De 2009 ata a actualidade ocupou distintos cargos de responsabilidade dentro do Sergas na área de Santiago de Compostela, e actualmente é subdirectora xeral de Planificación Asistencial da Consellería de Sanidade de Galicia.

Xosé Manuel Vega Andión. Médico especialista en Xeriatria. Desde o 2008 e ata a actualidade desempeña o seu labor na EOXI de Vigo.

Rocío Malfeito Jiménez. Médica especialista en Xeriatria. Desde o ano 2005 ata a actualidade desempeña o seu labor no Complexo Universitario Hospitalario de Lugo.

José Carlos Millán Calenti. Catedrático de Xeriatria e Xerontoloxía e director do grupo de investigación en Xerontoloxía da Universidade da Coruña (UDC). Investigador principal de 48 proxectos de concorrencia competitiva dos cales 7 foron internacionais. Ademais, é director asistencial do Complexo Xerontolóxico La Milagrosa.

Bioética

1.1 ...O Servizo Galego de Saúde

RELATORA → MARÍA SINDA BLANCO LOBEIRAS

Galicia está, no momento actual, entre as poboacións máis lonxevas do mundo. A lonxevidade, incrementouse de xeito moi importante ao longo do pasado século, e no que levamos deste, na nosa comunidade autónoma.

O envellecemento da nosa poboación é dos máis altos de España e Europa. E ademais, segundo indican as proxeccións, o dito envellecemento poboacional continuará aumentando nos próximos anos.

No ano 2017, a poboación de 65 ou máis anos era en Galicia de 24,6 % (fronte ao 19 % do Estado). As proxeccións para o 2031 sitúan esas porcentaxes no 31,3 para Galicia e no 25,6 para todo o Estado. Polo tanto, Galicia está hoxe nunha situación similar á que terá España dentro de máis de 10 anos.

A esperanza de vida da poboación galega aos 65 anos é aínda de 21,2 anos, sendo 19,0 para os homes e 23,1 para as mulleres.

Bioética

O índice de envelhecimento sufrirá tamén un incremento progresivo nos próximos anos: dende 153,7 do ano 2016, ata 232,7 que nos indican as proxeccións para o ano 2031.

Polo tanto, o envelhecimento progresivo dos galegos é un feito incuestionable.

Sería un prexuízo considerar que as persoas anciás son todas persoas enfermas ou con discapacidades –idade non é sinónimo de enfermidade–, pero é certo que a idade vai emparellada cunha maior prevalencia de enfermidades crónicas, polimedicación, fraxilidade...

De feito, na Enquisa nacional de saúde 2017, a percepción dun estado de saúde positivo é menor a maior idade. Se entre os 25 e os 64 anos o 75,3 % da poboación ten unha percepción favorable da súa saúde, no grupo de 65 e máis anos esta porcentaxe baixa ao 45,38 %. Ademais, a maior parte das enfermidades ou problemas de saúde autodeclarados aumentan coa idade, cun chanzo importante tamén a partir dos 65 anos.

Por outra banda, en Galicia, o 22,48 % das persoas declaran limitación para as actividades cotiás nos últimos seis meses, e o 66,41 % indican que consumiron medicamentos nas dúas últimas semanas.

Bioética

A información da estrutura demográfica é fundamental para as tarefas de planificación estratéxica da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde, que están traballando cara á necesaria adaptación organizativa do sistema sanitario a esta realidade do envellecemento poboacional e do peso social da ancianidade.

Así,

O documento estratéxico do Servizo Galego de Saúde, a **ESTRATEGIA SERGAS 2020**, recolle aspectos con importantes repercusións na atención ás persoas anciás.

A liña estratéxica de atención integral adaptada ás necesidades dos pacientes, familiares e cuidadores, recolle como primeiro punto a posta en valor da atención primaria. A atención ás persoas de idade ocupan unha boa parte da xornada de traballo do persoal deste nivel asistencial.

Fomentar a participación dos profesionais sanitarios nas intervencións comunitarias está recollido nas formulacións estratéxicas. É por isto que un dos indicadores dos acordos de xestión (ADX) do 2018 é que en cada servizo de atención primaria se realice un proxecto de intervención comunitaria. Estes programas de intervención coordinan o sistema sanitario co ámbito local da comunidade, interrelacionando o sistema sanitario, social, local e o terceiro sector. No que vai de ano 2018 en todas as áreas sanitarias se levaron a cabo programas de intervención comunitaria. A modo de exemplo, levouse a cabo unha intervención comunitaria na zona do Nóvoa Santos e o Couto en Ourense denominada “Salubrízate”. Os obxectivos foron mellorar a capacidade física e mental das persoas

Bioética

maiores e diminuír as enfermidades cardiovasculares e a soidade. Para iso, organizáronse charlas seguidas de paseos saudables pola cidade. O proxecto tivo una ampla participación e atópase na fase de avaliación.

Outra liña estratéxica diríxese a mellorar a consideración e accesibilidade na prestación dos servizos, e para isto elaborouse un manual de autoavaliación do trato e a información que se da aos usuarios nos servizos asistenciais.

O Punto de atención móbil é outra medida posta en marcha para mellorar a accesibilidade. É un dispositivo de utilidade cando un centro de saúde estea en obras, cando sexa preciso resolver aumentos das demandas estacionais, realizar programas especiais para completar procesos asistenciais que non dispoñan no centro e para darlles formación aos profesionais ou aos pacientes.

No desenvolvemento da liña estratéxica de Orientar a estrutura de prestación de servizos cara ás necesidades dos pacientes. Atención á cronicidade, elaborouse a **Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade**, que centra a atención a estes pacientes na atención primaria de saúde e baséase nos seguintes principios:

1. Elaboración dun plan individualizado de atención integral.
2. Orientación da organización sanitaria a unha visión sociosanitaria e integral na abordaxe da cronicidade.
3. O nomeamento dun profesional ou equipo de referencia para cada paciente, que será responsable do seu seguimento.
4. Proactividade do sistema.
5. Corresponsabilidade do paciente.

1 Bioética

O desenvolvemento do Plan individualizado de atención integral require a realización dunha valoración sociosanitaria integral e multidimensional que inclúe valoracións clínica, funcional, cognitiva e social e dos coidados.

Ademais, no ano 2017 iniciouse a implantación dun modelo de seguimento teleasistido de pacientes crónicos a través da plataforma tecnolóxica TELEA, que permite realizar un seguimento continuo da situación clínica do paciente e adiantarse a posibles episodios de agravamento da enfermidade.

Estratificación de risco dos pacientes. O estratificador poboacional actual do Sergas clasifica os pacientes en función de parámetros relacionados co consumo de recursos en atención primaria e hospitalaria e estase aínda traballando sobre el para melloralo.

En psicoxeriatría, a ESTRATEXIA SERGAS 2020 recolle a dotación en cada área sanitaria dunha unidade de saúde mental de referencia para a atención ás enfermidades mentais de especial complexidade en maiores de 65 anos, con criterios unificados de atención para homoxeneizar a asistencia. Actualmente, estase a traballar no **Plan estratéxico de saúde mental 2017-2020**.

No ámbito dos coidados paliativos modificouse a composición da Comisión Galega de Coidados Paliativos, para lles dar cabida a todos os axentes implicados na atención paliativa (internistas, oncólogos, neurólogos, HADO, médicos de familia, farmacéuticos, pediatras, enfermeiros, psicólogos, traballadores sociais, facultativos do 061, persoal da Consellería de Política Social etc). Estanse a definir as actividades formativas do bienio 2018-2019. Organizáronse actividades formativas, para diseminar o Documento de instrucións previas nos servizos hospitalarios e centros de saúde e fixéronse cursos de comunicación en coida-

Bioética

dos paliativos para profesionais. Vaise crear un grupo de traballo para elaborar a nova Estratexia de atención aos coidados paliativos.

En **Hospitalización a Domicilio (HADO)** incrementáronse o número de equipos e unidades, e todas elas dispoñen xa dunha versión da historia clínica electrónica para consultala e escribir nela dende o domicilio do paciente. Ademais, estase a traballar nun **Plan estratéxico de hospitalización a domicilio** cuxo obxectivo principal é a normalización e homoxeneización da atención.

Dispoñemos tamén dunha **Guía farmacoterapéutica para centros sociosanitarios** que contribúe á seguridade, homoxeneidade e eficiencia no uso de fármacos nese ámbito.

Para a atención a pacientes con enfermidades neurodexenerativas elaborouse o **Proceso asistencial integrado da esclerose lateral amiotrófica**, que aborda o seguimento da enfermidade dende un punto de vista integral e que é froito da colaboración entre as consellerías de Política Social e Sanidade e as asociacións de pacientes.

Na **atención a pacientes con ictus** dende o ano 2016 contamos cun **Plan de asistencia ao ictus en Galicia (PLANICTUS)** e no ano 2017 constituíse a comisión para o seu seguimento.

Nos aspectos de calidade e seguridade na atención, un dos principais retos éticos da asistencia sanitaria, realizouse unha avaliación da cultura de seguridade do paciente entre os profesionais e implantouse un aplicativo de vixilancia da infección nosocomial nos hospitais. No desenvolvemento da estratexia de hixiene de mans realízanse todos os anos cursos dirixidos a profesionais sanitarios. Ade-

ética

mais, están implantados en todas as unidades de coidados críticos os programas zero para bacteriemia, pneumonía, infección urinaria e resistencia.

Púxose en marcha un sistema de notificación de eventos adversos. O **SiNASP** é un sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente, que se estende á atención primaria.

Renovación tecnolóxica: modernizáronse algúns dos equipamentos sanitarios para obter unha maior eficiencia diagnóstica e terapéutica.

Estrutura: fixéronse actuacións de reforma, modernización e ampliación de centros de saúde e hospitais para adecuar as infraestruturas e instalacións ás necesidades e requirimentos actuais e mesmo houbo novas construcións.

Existen moitas outras ferramentas (o programa Conecta 72, a consulta telefónica de atención primaria, a plataforma *É-Saúde*, o servizo *ollo cos ollos*, o programa *úlceras fóra*, ou o *programa de mellora da calidade na atención aos pacientes crónicos e polimedicados...*), a *teleasistencia*, as *e-consultas*, dispoñibles, melloran a atención e o acceso dos cidadáns ao sistema sanitario. Neste relatorio presentámosvos algunhas das últimas actuacións desenvolvidas. Non obstante, dicir hai transversalidade no traballo ou entre diferentes consellerías e departamentos.

Dende Política Social cabe destacar a publicación da Estratexia galega do envellecemento activo dende a Innovación 2016-2020.

Bioética

BIBLIOGRAFÍA

- Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2018. [citado 27 setembro 2018]. Dispoñible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Farmacologia/PDF-2668-es.pdf>
- Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Plan de asistencia ao ictus en Galicia (PLANICTUS). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2016. [citado 27 setembro 2018]. Dispoñible en: http://intranet/DOCUMENTOSAsistenciaSanitaria/201611/PLANDEASISTENCIAAOICTUSEN GALICIA_def_2_20161102_080455_9253.pdf
- Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Estratexia Sergas 2020. [citado 27 setembro 2018]. Dispoñible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_gal.pdf
- Decreto 181/2016, do 9 de decembro, polo que se modifica o Decreto 181/2010, do 21 de outubro, polo que se crea a Comisión Galega de Coidados Paliativos. Diario Oficial de Galicia, n.º 243, (22 de decembro de 2016). [citado 27 setembro 2018]. Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2016/20161222/AnuncioC3K1-161216-0001_gl.html
- Instituto Galego de Estatística (IGE). [citado 1 febreiro 2018]. Dispoñible en: <https://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=gl>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 1 febreiro 2018]. Dispoñible en: <https://www.ine.es/welcome.shtml>
- Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social; 2018. [citado 27 setembro 2018]. Dispoñible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

▼ 1.2 ... O servizo de xeriatria da Eoxi de Vigo

▼
RELATOR → XOSÉ MANUEL VEGA ANDIÓN

Relatorio non dispoñible.

Bioética

1.3 ... O servizo de xeriatría da Eoxi de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

RELATORA → ROCÍO MALFEITO JIMÉNEZ

Proxecto asistencial do paciente institucionalizado

O Servizo de Xeriatría de Lugo, leva case 30 anos cuidando da saúde dos nosos maiores. Ao comezo, só constaba dunha Unidade de Agudos onde se atendía o paciente cunha enfermidade que precisaba atención hospitalaria, unha consulta que se nutría de pacientes derivados de atención primaria e un hospital de día cun fin rehabilitador. Cos anos, apareceu a Unidade de Media Estancia (UME), onde principalmente se realizaba rehabilitación e estabilización de enfermidades, de pacientes que viñan de Servizos Cirúrxicos. No 2010, comezamos a manexar pacientes cirúrxicos como interconsultores.

Actualmente e dado que cambiou o perfil do paciente e que lle damos prioridade a atención ambulatoria, realizamos valoración de fragilidade en pacientes que van ser valorados para intervencións cirúrxicas (TAVI, endoprótese aórtica...) e tratamentos oncolóxicos.

Unha alta porcentaxe dos ingresos eran pacientes institucionalizados, que con cada ingreso sufrían unha maior deterioración, con complicacións e reingresos múltiples, o que facía o paciente cada vez máis vulnerable.

Bioética

A vulnerabilidade fai referencia á condición de desvantaxe en que se atopa un suxeito, comunidade, ou sistema ante unha ameaza e a falta de recursos necesarios para superar o dano causado. Implica necesariamente o enfrontamento a unha situación de risco, con todo, unha situación de risco non é sinónimo de vulnerabilidade.

Fraxilidade: síndrome clínica-biolóxica caracterizado por unha diminución da resistencia e das reservas fisiolóxicas das persoas maiores en situación de tensión, como consecuencia do desgaste acumulativo dos sistemas fisiolóxicos, provocando un maior risco de sufrir efectos adversos para a saúde, como caídas, incapacidade, hospitalización, institucionalización e morte. A prevalencia en maiores de 65 anos é de 7-12 %.

Segundo datos do Rexistro Continuo (INE) a día 1 de xaneiro do 2017, en España hai 8 764 204 persoas maiores (65 anos ou máis), o 18,8 % da poboación total. Para o ano 2066 haberá máis de 14 millóns de adultos maiores, que representan o 34,6 % da poboación total.

O bo coidado dos anciáns depende de que se conte con recursos suficientes. E as residencias son un das máis importantes, aínda que se recomenda que o ancián debe permanecer o maior tempo posible na súa contorna habitual, ás veces non é posible, e é cando estes centros son necesarios.

A Organización Mundial da Saúde (OMS) recomenda cinco prazas residenciais por cada cen persoas maiores de 65 anos. Na comunidade galega hai 665 939 persoas nesa franxa de idade. Un 5 % corresponderíase con 33 000. As vacantes residenciais, sitúanse ao redor das 21 000, o que deixa claro, que se necesitarían outras 12 000 para alcanzar esta proporción.

1 Bioética

Na provincia de Lugo o cociente é de case 4 prazas por cada 100 persoas maiores de 65 anos e na Coruña, non chega a 3 prazas por cada 100 maiores de 65 anos.

O principal obxectivo, polo tanto, céntrase en promover un envellecemento activo, atopar unha medida de detección do estado de prefraxilidade, co que se aumenta así a seguridade das persoas maiores e se permite a súa continuidade na súa propia contorna de vida atrasando a situación de discapacidade-dependencia.

A situación de vulnerabilidade na que se atopan familiares e anciáns (física, económica, psicolóxica, e social) contribúe á institucionalización dos maiores. O incremento do envellecemento e a necesidade de coidados especiais en pacientes con enfermidades crónicas que presentan descompensacións, os cambios producidos nas familias (ampliación de roles), a inadecuación das vivendas e a inexistencia de alternativas á institucionalización, son factores que inflúen no incremento dos ingresos dos anciáns en residencias.

Desde hai uns meses, puxemos en marcha un proxecto de integración asistencial do paciente institucionalizado que ten como obxectivo ser proactivos e así mellorar a calidade de vida, evitar probas diagnósticas e ingresos, moitas veces innecesarios e que minguan a funcionalidade do paciente e non achegan beneficios.

Decidimos estratificar a poboación de cada residencia por criterios de fraxilidade e facer un diagnóstico situacional, de tal maneira, que aqueles pacientes que presentaban unha fraxilidade avanzada, con mal prognóstico a curto prazo, acordábase un plan de coidados entre a familia, o médico e a residencia e o noso servizo. Nos pacientes que presentaban fraxilidade leve e moderado, fíxose unha revisión

Bioética

de problemas e de fármacos, para tentar facer prevención de posibles descompensacións das súas enfermidades ou aparición de síndrome xeriátricas, é dicir, que a través da valoración xeriátrica integral, tentamos detectar a prefraxilidade.

Tendo como eixe regulador o Hospital de Día, comezamos con visitas programadas semanalmente durante os tres primeiros meses a catro residencias co sistema de farmacia hospitalaria integrado, onde fomos captando o paciente e os estratificamos por criterios de fraxilidade, detectando problemas e descompensacións e tentando o manexo na residencia. Establecemos circuítos de derivación directa ao Hospital de Día naqueles pacientes que precisaban probas específicas ou naqueles con mala evolución para valorar actitude diagnóstica ou ingreso hospitalario.

O obxectivo xeral do proxecto é mellorar a calidade asistencial do paciente institucionalizado, e ser proactivos, procurando anticiparse á deterioración. Para iso, tratamos de mellorar a coordinación dos diferentes especialistas, médicos de atención primaria, médico de residencia e xeriatras co fin de diminuír a estancia media e o número de ingresos, ademais das asistencias a urxencias que levan a unha deterioración cada vez maior destes pacientes que moitas veces acoden sós.

O resultado conseguido ata o momento é unha redución do 20 % de número de ingresos, do 30 % na estancia media e do 50 % do número de reingresos no primeiro mes no noso servizo.

Coas visitas ás residencias obxectívase un incremento das consultas do paciente in situ, coa consecuente redución das consultas hospitalarias.

etéica

Ademais mellorou a xestión do paciente na asistencia a urxencias, cunha melloría na comunicación entre os diferentes profesionais.

Establecemos a necesidade da instauración de plans de coidado en pacientes con fragilidade avanzada e vimos que aproximadamente un total de 100 pacientes nas catro residencias non se beneficiarían do traslado ao hospital, adecuando así o esforzo terapéutico.

Nunha segunda fase, tras a implantación do sistema informático nas residencias, poderíase facer Teleasistencia e comunicación asíncrona.

Bioética

1.4 ... **A investigación universitaria (UDC) en xereontoloxía**

RELATOR → JOSÉ CARLOS MILLÁN CALENTI

O Grupo de Investigación en Xerontoloxía da Universidade de Coruña

Constituído no ano 1992 (COD00083), o Grupo de Investigación en Xerontoloxía (GIG) da Universidade da Coruña (UDC) está integrado no Instituto de Investigación Biomédica da Coruña (INIBIC), acreditado polo Instituto de Saúde Carlos III; ademais de ser considerado pola CC.AA. galega como Grupo de Referencia Competitiva. Coordinador da Rede Galega de Investigación da Fraxilidade (Frailnet) e membro da Rede Galega de Demencias, na actualidade forman parte del 15 investigadores provenientes de diferentes disciplinas (médicos, biólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, logopedas, nutricionistas...).

Ata o momento o GIG participou en 47 proxectos de investigación dos cales 7 foron internacionais, 9 nacionais e 31 referidos á CC.AA. galega, por un total de 2 352 202,67€, sempre co obxectivo de mellorar a calidade de vida das persoas maiores a través de nosas principais liñas de traballo:

- Enfermidades neuroxenerativas: demencias e enfermidade de Alzheimer
- Intervención non farmacolóxica en persoas con fraxilidade e/ou dependencia
- Estudos epidemiolóxicos de base poboacional

Bioética

Bioética e investigación

Ética e investigación son dous conceptos intimamente relacionados, xa que a primeira non existiría sen a segunda ao estar fundamentada no coñecemento da conduta humana derivado da *“investigación”*, tratando de explicar as regras morais de maneira científica; é dicir, porque algo pode catalogarse como “bo” ou “malo”.

A **bioética** xorde da ética médica centrada na relación médico-paciente; serían as pautas de conduta que os médicos deberían manter fronte aos seus pacientes; criterio que aplicado ao ámbito da investigación se referiría á *“conduta que os investigadores deberíamos adoptar fronte aos investigados”*, neste caso as persoas maiores; criterios que deberíamos ampliar non soamente ao cara a cara coa persoa na fase experimental, senón que os principios bioéticos han de estar presentes en todos e cada un dos aspectos referidos ao proxecto, desde a súa formulación ata a súa finalización.

O **Código de Ética Médica de Nuremberg** (Código de Nuremberg do Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947 (20/08/1947)) sobre experimentos médicos permitidos, que nace das deliberacións dos Xuízos de Nuremberg ao final da Segunda Guerra Mundial, en relación co tratamento inhumano dado polos médicos nazis aos prisioneiros dos campos de concentración (investigación médica en humanos incluída), contén 10 puntos, entre os que destaca como esencial o feito de contar co *“consentimento voluntario do suxeito humano”*, que *“o experimento debe realizarse coa finalidade de obter resultados frutíferos para o ben da sociedade”*, ou que *“o experimento debe ser realizado unicamente por persoas cientificamente cualificadas”*.

A **Declaración de Helsinqui** (1964) adoptada pola 18.^a Asemblea Médica Mundial e emendada por posteriores asembleas médicas mundiais (29.^a, 35.^a, 41.^a, 48.^a, 52.^a, 59.^a e 64.^a, está última xa do 2013), inclúe os 10 puntos da de Nuremberg aos que incorpora os da **Declaración de Xenebra** (1948), establece no seu

Bioética

punto 6 que *“o propósito principal da investigación médica en seres humanos é comprender as causas, evolución e efectos das enfermidades e mellorar as intervencións preventivas, diagnóstica e terapéuticas”*, facendo mención aos colectivos vulnerables, aos requisitos científicos e protocolos de investigación que *“han de enviarse para a súa consideración, comentario, consello e aprobación ao comité de ética de investigación pertinente antes de comezar o estudo”*, á privacidade e confidencialidade e, por último, á necesidade de que *“a participación de persoas capaces de dar o seu consentimento informado na investigación médica ha de ser voluntaria”*. Establecendo a *“necesidade de priorizar os intereses e o benestar das persoas por encima dos da ciencia e os da sociedade”*. Cómpre sinalar tamén que o **Informe Belmont** (30/09/1978), do Departamento de Saúde, Educación e Benestar dos EUA e titulado *“Principios éticos e pautas para a protección dos seres humanos en investigación”*, recolle tres principios fundamentais para a experimentación con humanos:

- **Respecto das persoas:** protexendo a súa autonomía e tratándoas con respecto, por suposto, tendo en conta o consentimento informado previo.
- **Beneficencia:** maximizar os beneficios para o proxecto de investigación mentres se minimicen os riscos para os suxeitos de investigación.
- **Xustiza:** usar procedementos razoables, non explotadores e ben considerados para asegurarse que se administran adecuadamente (relación custo-beneficio).

A estas declaracións sumariamos os principios básicos da Bioética, de todos coñecidos e que simplemente enumero: principio de autonomía ou de liberdade de decisión, principio de beneficencia e non maleficencia e principio de xustiza.

Sinalar que ademais como profesionais das Ciencias da Saúde, estamos sometidos aos **códigos deontolóxicos da profesión** que recollen os deberes e obrigas morais propios da profesión, e en moitas ocasións son códigos de natureza

bioética

ético-xurídica, como o é o da medicina; existen elementos legislativos sobre a responsabilidade profesional que tamén guían acerca da conduta para ter no desempeño das nosas atribucións (Constitución española, Lei xeral de sanidade, Organización Mundial da Saúde, Ministerio de Sanidade...).

Para que os ditos principios bioéticos referidos á investigación se cumpran, é necesario solicitar autorización previa ao proxecto ao **Comité de Bioética de Galicia**, aínda que na Universidade da Coruña existe un **Comité de Ética da Investigación e a Docencia** que se ocupa de autorizar protocolos nos que teña competencia. Pero, ademais, a propia formación do investigador, como pode ser o caso dun programa doutoral como o de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña, esixe que o doutorando lle solicite autorización ao Comité de Bioética de Galicia para poñer en marcha o seu proxecto de tese doutoral, situación que desde logo é necesaria en calquera convocatoria de ámbito autonómico, nacional e internacional. Sinalar, ademais, que a publicación científica nas revistas denominadas como de alto impacto (Journal Citation report) non aceptarán ningún artigo que non inclúa unha frase ou parágrafo que recolla as consideracións éticas do traballo realizado, do tipo: "Ethical approval was given by the Ethics Committee of XX and was in conformity with the principles embodied in the Declaration of Helsinki. Research participants signed informed consent form before enrollment".

Investigar con persoas maiores

Neste apartado, referirémonos tanto aos aspectos éticos da propia investigación, como ás consecuencias desta sobre as persoas maiores, cando os ditos criterios non son escrupulosamente incorporados no desenvolvemento da investigación.

Para o establecemento dos criterios éticos, basearémonos loxicamente na normativa e códigos deontolóxicos vixentes; pero, en canto ao desenvolvemento

Bioética

do propio proxecto, entón non podemos facer as consideracións desde o punto de vista de que o proxecto cumpre cos criterios éticos, senón que no seu devir, deberemos de ir expoñéndonos aspectos referidos á maneira en que a dita fase de experimentación inflúe sobre a calidade de vida da persoa investigada en termo de molestias xeradas polos tempos de dedicación ao proxecto, estado do paciente no momento de ser sometido ás probas, beneficios esperados pola intervención ou participación no proxecto e calquera outra consideración que en moitas ocasións o propio paciente non é capaz de transmitir (pacientes con deterioración cognitiva por exemplo) e os investigadores non son capaces de predicir.

Na investigación con persoas maiores que padecen enfermidades neurodegenerativas, o procedemento do consentimento informado vaise ver limitado pola capacidade do suxeito para entender e actuar en consecuencia, e será necesario que en moitas ocasións teñamos que apelar ao familiar ou responsable, co que se xerará neste caso outro problema, caso de que o "paciente" non fose incapacitado legalmente, xa que estaríamos a lle eximir de ser el o que tome a decisión, pasándolla a un familiar que non é o responsable legal. Neste caso o problema sería, se é ético considerar a dita autorización ou se pola contra estes suxeitos non deberían ser incorporados aos proxectos ata que o responsable o sexa legal e por tanto poida tomar a decisión sobre o que é mellor para o paciente.

Deberemos distinguir entón entre a **incapacidade clínica ou física e a incapacidade xurídica ou legal** e concretamente sobre a capacidade de obrar; é dicir, posuír capacidade para adquirir e exercitar dereitos e asumir obrigas, que, por suposto, dependerá de moitas circunstancias e variables (estado civil, idade) e poderá ser plena ou estar restrinxida. Nace así a **incapacitación xudicial**, que, por exemplo, no caso das persoas con demencia baséase no **Documento Sitges (2009)** sobre a *"Capacidade para tomar decisións durante a evolución dunha*

bioética

demencia: Reflexións, dereitos e propostas de avaliación", elaborado pola Sociedade Española de Neuroloxía e que se compón de 7 capítulos:

- Capacidade e autogoberno.
- Toma de decisións na esfera persoal e patrimonial.
- Condicións neurolóxicas e neuropsicolóxicas para ser capaz de tomar decisións.
- Exploración das condicións neurolóxicas que interveñen na toma de decisións.
- Correlación entre o estado neurolóxico e a capacidade para tomar decisións.
- Modelo de informe sobre a avaliación da capacidade de tomar decisións.
- Recomendacións do Grupo Sitges.

A perda legal das ditadas capacidades influirá negativamente na súa competencia para decidir e actuar autonomamente. A persoa declarada incapacitada legalmente non poderá comprar, vender, contratar persoal, facer testamento, pedir un préstamo, realizar doazóns, votar, ademais, bloquearáselle as súas contas bancarias e pode ser ingresada nunha residencia xeriátrica en contra da súa vontade, e os seus bens serán administrados polo seu titor, que ha de velar polos seus intereses patrimoniais e a atención ás súas necesidades. Ademais, a tutela está sometida a diversas medidas de control, como facer un inventario de bens da persoa maior e das súas contas, e ha de obter autorización previa por parte do xuíz para asuntos económicos transcendentales como vender unha propiedade.

De acordo con todo o anterior, é necesario fomentar a cultura de "exercer" a autonomía antes de que apareza o problema ou enfermidade incapacitante e aí, documentos como os **testamentos vitais ou as vontades anticipadas** poderían

Bioética

axudar a que outros actúen de acordo ao que nós previamente declaramos; neste caso, con respecto a poder ser “suxeito da mostra” en proxectos de investigación.

Por outra parte e das normas de bioética dedúcese que para poder investigar hase de presupoñer que o investigador está debidamente cualificado, na nosa sociedade, a dita cualificación vén determinada pola obtención do grao de doutor; exporíámonos entón se aquelas persoas que non obtiveron o grao de doutor ou que non están baixo a xerarquía dun doutor, puidesen ou debesen investigar. Pregunta que deixo no aire, xa que hai cantidade de protocolos de investigación desenvolvidos por profesionais sen a debida acreditación investigadora, que, dalgunha maneira, son o pan noso de cada día. Neste apartado hai que facer valer a necesidade de que en todos os programas de doutoramento ou cursos de capacitación para a investigación engádanse aspectos referidos á bioética.

Conclusións

Aínda que parece que o marco ético e legal no que nos movemos é lóxico e avala a realización de investigación baixo a autorización dos comités de bioética, aínda hai pequenas lagoas nas que os investigadores temos problemas á hora de establecer que as normas se cumpren ao 100 %, caso das persoas sen capacidade de decidir non incapacitadas legalmente e por tanto carentes de titor legal.

Ademais, hai que ter en conta a máxima de que para investigar é necesario ter a formación previa adecuada; é dicir, ser doutor e a miña pregunta sería:

...Cantas persoas investigan sen ser doutores?

Bioética

BIBLIOGRAFÍA

- Amor Pan, J. R. (2010). *Bioética y dependencia*. A Coruña: Obra Social Caixa Galicia.
- Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of Research. The National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral Research. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> (26/09/2018)
- Bergel, S. D. (2015). Diez años de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. *Revista de Bioética*, 23(3), 446-455.
- Código de Nuremberg. Traducción adaptada de Mainetti, J.A. (1989), *Ética médica*, Quirón, La Plata, Argentina.
- Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM). Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> (26/09/2018)
- García Férrez, J. (2003). *Bioética y Personas Mayores*. Madrid: Portal Mayores; 2003; 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003] Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Gracia Guillén, D. (1999). Planteamiento general de la bioética. En *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela. pp. 19-35.
- Hardy-Pérez, A. E. & Rovelo-Lima, J. E. (2015). Moral, ética y bioética. *Medicina e Investigación* 3(1), 79-84.
- Mercé Boada Rovira y Alfredo Robles Bayón. Documento Sitges. Editorial Glosa, Barcelona, 2009.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. (BOE núm. 274, de 15-11-2002).
- López-Azpitarte, E. (2006). Ética en Geriatría. En J. C. Millán Calenti (Comp) *Principios de Geriatría y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. pp. 351-366.
- Maseda A, Lorenzo-López, L. (2018). *Bioética en Gerontología*. Máster en Valoración e Intervención en Gerontología y Geriatría. Universidad de A Coruña.
- Pascual Barlés, G. (2000). Bioética y centros gerontológicos. *Geriatría*, 16(6), 32-37.
- Simón, P. & Barrio, I. M. (2004). *¿Quién decidirá por mí?* Madrid: Triacastela.
- WHO/INPEA. (2002). *Missing Voices: Views of older persons on elder abuse*. Ginebra: OMS.

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Bera

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

ética

Ética, vulnerabilidade e ancianidade

13:00 → 14:00

PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

RELADORES → ANA GUILLÉN VILANOVA, MARÍA PONTE GARCÍA E MÓNICA SUÁREZ BEREÁ
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Por ser a primeira en tomar a palabra, empezo por darlles as grazas ás miñas compañeiras de mesa, quen comigo lles queren agradecer aos membros do Consello de Bioética de Galicia a súa participación e o seu traballo. O noso agradecemento moi especial ao presidente, sen cuxo impulso e guía intelectual e humana, este documento non sería o que é. Moitas grazas, José Antonio.

Na xornada do Consello de Bioética de Galicia de 2017 presentámosvos un bosquejo do documento que estabamos a elaborar. Hoxe, vemos cumprido o noso obxectivo de completalo e presentárvolo, por fin.

Bioética

“Ética, vulnerabilidade e ancianidade”, é o resultado de identificar a vulnerabilidade, tópico ético de grande amplitude, nun sector da poboación e de poñelo en relación coa nosa contorna.

Permitídenos mostrarvos algúns datos demográficos de Galicia:

- O 23 % da poboación ten máis de 65 anos, e estímase que alcanzará case o 30 % no ano 2029.
- Preto de 122 000 persoas maiores de 65 anos viven soas ou con persoas de idade similar que son as súas cuidadoras.
- En 2016 a pensión media en ambos os sexos foi de 1 009 € en maiores de 65 a 74 anos, 813 euros en persoas de 75 a 84 anos, e 754 euros nas maiores de 85 anos ou máis. A provincia de Ourense é a que presenta menores pensións, sendo a das mulleres inferior á dos homes.
- No ano 2017 das 117 875 persoas con algún grao de dependencia case dous terzos (77 458) superaban os 75 anos e eran maioritariamente mulleres.
- O 42,5 % das persoas dependentes vive en municipios de menos de 10 000 habitantes e só o 24,5 % faino en municipios de máis de 50 000 habitantes.
- O 72,5 % dos seus cuidadores reduciron as súas actividades de lecer ou relacións sociais, un 55,8 % fixo o mesmo coa súa vida familiar, un 38,3 % diminuíu o seu traballo doméstico e un 25,8 % reduciu co seu traballo remunerado ou estudos.

E a risco de atordarnos, deixamos aquí os datos estatísticos que por si sós xustifican a decisión ética do Consello de Bioética de Galicia de publicar este documento e interpelar a cidadanía, os profesionais e os poderes públicos sobre a vulnerabilidade, a ancianidade, o coidado, a Ética e Galicia.

1 ética

Con todo, as estatísticas omiten unha realidade silenciosa e á vez imprescindible para completar o panorama da vulnerabilidade da poboación anciá na nosa sociedade.

Trátase dun documento que soa á convivencia de cada un de nós con situacións propias de coidado de persoas vulnerables; que cheira á procura de argumentos desde unha razón cordial, en palabras de Adela Cortina, que ve a necesidade de construír unha sociedade xusta e atenta aos requirimentos de coidado máis aló das solucións uniformes, para poder vivir ben a nosa vellez, e tamén é un documento que sabe a emoción. E neste punto, tomo prestada unha carta de M.A. Gilmartín (Segovia) publicada na sección de cartas á directora de El País do pasado 27 de setembro. Di así:

<<A miña sogra ten alzhéimer. O seu fillo, cun amor infinito, dille: "Nai, imos aprender inglés... hai", sinala o pelo e a miña sogra, dócil, contesta: "Pelo". "Xa sabes inglés, nai!, e ambos se parten de risa. Alegres?. Hai que buscar un nome para esta emoción>>

Que é a vulnerabilidade?

A vulnerabilidade é a condición que fai a unha persoa susceptible de ser danada física ou psiquicamente, en razón da súa insuficiente capacidade para previr, resistir ou sobrepoñerse a un dano.

É un concepto ambiguo, complexo e moi amplo que presenta polo menos dúas dimensións, unha antropolóxica e outra sociopolítica. Non é o mesmo SER vulnerable que ESTAR en situación de vulnerabilidade.

Bioética

A vulnerabilidade está determinada por factores internos e externos que adoitan manifestarse en forma de capas que son acumulables.

As persoas anciás, polo feito de selo, estean ou non enfermas, poden presentar un, algúns ou todos estes factores de vulnerabilidade: cognitiva, funcional, económica e familiar. Emocional, territorial, asistencial e habitacional. Unha vulnerabilidade comunicativa e participativa e así mesmo unha vulnerabilidade cultural.

Volvo neste punto á sección Cartas á directora de El País que o pasado 7 de xullo publicaba isto:

<<A dependencia aumenta coa idade e aféctalle dunha ou outra maneira ao 63 % dos maiores de 85 anos. Interrogantes que me expoño e que me preocupan: Que cuidados necesitarei e cales a miña parella? Terei a serenidade de aceptar a situación se son o cuidador; ou mantereirei o agarimo, paciencia e comprensión para cuidar? Habrá suficientes prazas nas residencias e poderemos pagalas? Poderemos atrasar o proceso de envellecemento sendo máis activos?, Ampliaranse os plans locais para que as persoas maiores, fráxiles e dependentes poidan seguir vivindo e morrendo nos seus fogares, que é o que a maioría desexa?>>

É unha carta asinada por F. Serrano Echeverría de Eibar (Guipúscoa).

Bioética

Coidado e responsabilidade de coidar

E é que cando no proceso de envellecer a persoa anciá precisa ser coidada xorde a pregunta de quen e como se asume a responsabilidade de coidala. A contestación require ter en conta os factores internos e externos que determinan a vulnerabilidade, e concretamente, tomar en consideración que a situación dos pacientes anciáns é heteroxénea, que o mapa da atención sociosanitaria está en proceso de transformación; os notables cambios dos modelos de convivencia e da familia e que a atención recibida pola poboación anciá e, en xeral, polas persoas dependentes se revela insuficiente.

Falar de necesidade de coidados é falar do coidador ou coidadora e é entón cando á beira dos coidadores profesionais xorde o coidador informal, normalmente unha muller, sobre todo a filla ou a parella, que é a que adoita asumir este rol en correspondencia cunhas expectativas sociais non escritas acerca de quen debe coidar.

A tarefa de coidar produce efectos negativos e ten tamén consecuencias positivas para o coidador ou coidadora, pero é que ademais repercute na súa contorna persoal.

É o que denominamos efecto de **irradiación** da vulnerabilidade do ancián que fai tamén vulnerables aos seus coidadores e motiva o nacemento dunha nova necesidade: a de coidar o coidador ou a coidadora.

O coidado, en suma, non é só un rol, non pode circunscribirse ao ámbito privado, á boa vontade ou ao amor dos próximos.

Bioética

Valores da persoa ameazados polas situacións de vulnerabilidade

Con todo o dito podemos afirmar con rotundidade que é un deber moral promover accións que eviten, minimicen ou palíen as situacións de vulnerabilidade, pois ameazan distintos valores da persoa anciá.

Estas obrigas poden expresarse na linguaxe principialista da Bioética: non malficencia, respecto da autonomía, beneficencia e xustiza.

Os valores que identificamos con carácter previo a calquera intervención son os oito que enunciarnos a continuación:

- A **dignidade**, valor inherente a todo ser humano polo simple feito de selo: a persoa anciá é valiosa por si mesma e iso obríganos a recoñecela e respectala, especialmente os e as profesionais e axentes implicados na atención sociosanitaria.
- A **autonomía** é a capacidade dunha persoa para establecer as súas propias normas e rexerse por elas.
- A **intimidade** alude á esfera privada, persoal e familiar que se quere manter libre de intromisións non autorizadas ou ilexítimas.
- O **benestar** refírese ás boas condicións de vida obxectivas e subxectivas, expresa a conexión entre distintos factores de vulnerabilidade, e entre o benestar e os restantes valores que identificamos.
- A **seguridade** é o sentimento de protección fronte aos riscos e danos que pode sufrir a persoa anciá e está vinculada á fragilidade e finitude propias da vulnerabilidade ontolóxica.

1 ética

- A **igualdade** é un valor segundo o cal, a persoa anciá é digna e igual ao resto dos suxeitos que conforman a sociedade, pero non como sinónimo de identidade, senón recoñecendo que todos somos diferentes e que é esixible atender as desigualdades individuais.
- A **xustiza** consiste en darlle a cada un o seu e implica certa igualdade, pois esixe tratar do mesmo xeito os casos iguais e de distinta forma os casos desiguais.
- A **solidariedade** é un valor que lles permite ás persoas sentirse e recoñecerse unidas; move os individuos cando outros necesitan a súa axuda, sen intención de recibir algo a cambio. Conforma un dos alicerces da ética moderna.

Antes de pasarlles a palabra ás miñas compañeiras Ana e Mónica, convidámosvos a ler o documento porque a lonxevidade non é sinónimo de calidade de vida nin garantía dun soporte sanitario e social adecuados.

É neste momento onde interesa describir como a vulnerabilidade se pode manifestar de forma diferente nos **distintos ámbitos da asistencia sociosanitaria**.

Nunha persoa anciá poden concorrer factores físicos, psíquicos e sociais que a fan especialmente vulnerable en calquera contexto de intervención. Entre os dous primeiros, sen dúbida, os máis relevantes son a deterioración cognitiva (xa que afecta o nivel de comprensión e a capacidade de toma de decisións e ao autocoidado), os déficits sensoriais (hipoacusia, perda de visión...) que dificultan a información, a comunicación, a accesibilidade a distintos dispositivos e ao seu manexo nestes.

Bioética

Por outra banda, entre os factores sociais son de sinalar as relacións familiares, a contorna, o lugar de residencia (rural ou urbano), a situación de illamento, as dificultades de acceso ao sistema sanitario, os recursos económicos, o nivel sociocultural...

O primeiro ámbito do que imos falar é o da **atención primaria** que se desenvolve principalmente nos centros de saúde e que constitúe un dos principais lugares para detectar as necesidades xurdidas relacionadas co proceso de envellecemento e buscar as solucións adecuadas a cada situación.

Outro dos lugares onde se presta atención é no domicilio, lugar privado, pero onde se poden detectar e canalizar para a procura de mellora das condicións nas que vive a persoa anciá, especialmente se esta está encamada. En moitas ocasións a dispersión xeográfica é outro condicionante para ter en conta.

Os puntos de atención proporcionan a atención urxente extrahospitalaria.

Un centro sociosanitario e un centro residencial son unha alternativa ao domicilio cando por diversas cuestións a persoa anciá non pode continuar no mesmo, xa sexa temporalmente ou de modo definitivo.

Outro dos ámbitos **é a atención hospitalaria** onde se presta a atención sanitaria hospitalaria programada e urxente.

A continuación, imos falarvos de Mercedes, unha mostra de todas as Mercedes que coñecemos, cuxo caso relatamos no documento, onde vos remitimos (...)

1 ética

A deliberación fíxose separando os distintos ámbitos de atención que percorreu Mercedes, identificando os factores de vulnerabilidade concorrentes e os valores presentes en cada un deles. Así foi como fixemos a análise tanto da súa realidade como doutras realidades que se poden atopar no documento e que xa adiantamos na xornada do ano pasado.

Chega o momento de recapitular, de extraer conclusións e de recomendar algunhas actuacións.

Recalcar que a vulnerabilidade é a condición que fai a unha persoa susceptible de ser danada física ou psiquicamente, que depende das características e as circunstancias individuais e sociais e que se manifesta con distinta intensidade e nos diferentes momentos da vida da persoa anciá.

É importante saber que os factores que orixinan a vulnerabilidade adoitan manifestarse en forma de capas acumulables, e pódense identificar distintos tipos de vulnerabilidade: cognitiva, funcional, económica, familiar, emocional, territorial, asistencial, habitacional, comunicativa, participativa e cultural.

No documento destacamos o efecto de irradiación que produce a vulnerabilidade da persoa anciá que converte en vulnerables os cuidadores e a súa contorna.

Para afinar o diagnóstico e a posterior intervención fronte a cada situación de vulnerabilidade é preciso identificar os bens e valores que están en perigo, a dignidade, a autonomía, a intimidade, a seguridade, a igualdade, a xustiza e a solidariedade.

Poñemos punto final ao documento cun apartado de recomendacións dirixidas á Administración, aos profesionais e á cidadanía.

Bio

En todas elas se reflicten a concepción e o obxectivo do noso traballo.

A vulnerabilidade é fonte de deberes morais. Estamos ante unha responsabilidade do conxunto da sociedade e queremos alertar sobre a indesexable situación de vulnerabilidade das persoas anciás, susceptible de aumentar e de agravarse no futuro.

ética

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Bera

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

ética

16:30 → 17:00
PÓSTERES

Pósteres

MODERADOR → COMITÉ CIENTÍFICO
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Bioética

PÓSTER. 1

Tratamento psicofarmacolóxico previo á institucionalización en casos de demencia, terapia ou contención?

AUTORES → MARÍA FARELO ARIAS, NURIA PÉREZ LÓPEZ, JOSÉ CAAMAÑO PONTE, CARLOS DOSIL DÍAZ

CENTRO DE TRABALLO → SERGE "A VEIGA". LÁNCARA

INTRODUCCIÓN

O tratamento farmacolóxico das demencias expón sutís conflitos éticos relacionados coa súa evolución clínica.

OBXECTIVO

Deliberar sobre o emprego terapéutico ou restritivo da asociación de medicamentos antidemencia con psicofármacos previamente á institucionalización.

METODOLOXÍA

Estudo descritivo, observacional e transversal de pacientes con diagnóstico de demencia, tratados con IACE e/ou memantina, ademais de psicofármacos en situación de preinstitucionalización. A estadiaxe da enfermidade realizouse empregando a Clinical Dementia Rating (CDR). Obtívose o consentimento informado dos pacientes ou representante legal para a xestión dos seus datos con fins de investigación e/ou docencia.

RESULTADOS

Período de estudo= 9 meses. N= 32 (25 mulleres/7 homes). Idade, media= 84.81 anos (rango= 97-75). CDR, media= 2.21. Número de medicamentos por subgrupo terapéutico: IACE= 2. Memantina= 4. IACE + memantina= 4. Neurolépticos atípicos (NLPA)= 14. Neurolépticos clásicos (NLPC)= 3. BZD= 12. Antidepressivos

bioética

serotoninérxicos/noradrenérxicos (ADS/N)= 17. Trazodona= 5. Clometiazol= 6. Grupo IACE ou memantina máis NLPA= 3. Grupo IACE ou memantina máis NLPC= 0. Grupo IACE ou memantina máis BZD= 3. Grupo IACE ou memantina máis ADS/N= 3. Grupo IACE ou memantina máis trazodona= 2. Grupo IACE ou memantina máis clometiazol= 0. Pacientes sen medicamentos a estudo= 1.

CONCLUSIÓN

O tratamento psicofarmacolóxico das demencias constitúe unha área de deliberación ampla sobre o respecto aos 4 principios da bioética.

PÓSTER. 2

Paciente maior en “observación de urxencias”

AUTORES → DR. HUGO ÁGREDA LÓPEZ, DR. FERNANDO PEÑA MARTÍNEZ,
DR. MANUEL GARCÍA NOVIO

CENTRO DE TRABAJO → HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI – LUGO

OBXECTIVOS

- Describir o perfil do paciente ingresado nunha unidade de observación “UO”.
- Observar o comportamento desas variables no paciente maior.

MÉTODO

Analízanse 673 ingresos consecutivos (2015), e as variables: idade, sexo, tempo de estancia na UO, ingresos hospitalarios, recirculación pola UO a 4 meses e mortalidade a 4 meses. Posteriormente compáranse esas variables entre paciente ≥ 75 anos e < 75 anos.

RESULTADOS

O 80 % dos ingresos é levado polos médicos da unidade. O 55 % son homes. A media de idade é 78 anos. Toman unha media de 6 fármacos por paciente, con 23 h

Bioética

de estancia media na UO. A taxa de ingreso hospitalario é do 26 %, e o 23 % recircula pola unidade nos 4 meses seguintes á alta. A mortalidade global foi do 6,9 %.

Os maiores de 75 anos supoñen o 55,8 % da carga de traballo, neste grupo son máis as mulleres, cunha media de idade de 85 anos, permanecen máis tempo na unidade (21 vs 25 h), e teñen unha maior taxa de ingreso hospitalario (21,8 vs 28,8 %), ademais de recorrer con máis frecuencia tras a alta (18,1 vs 27,1 %). Tamén presentan maior taxa de mortalidade (3,3 vs 9,7 %).

CONCLUSIÓN

A partir dos 75 anos é maior a toma de medicación, prolónganse as estancias en urxencias-UO, increméntanse os ingresos hospitalarios, e recircúlase máis polo sistema sanitario. Ademais de ter unha taxa de mortalidade máis alta.

PÓSTER. 3

Relación entre a formación en bioética e a xestión das últimas vontades, por parte dos facultativos no servizo de urxencias

AUTORES → RUBÉN EDUARDO MOLANO ZÁRATE. ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA. MÁSTER EN ATENCIÓN SANITARIA, XESTIÓN E COIDADOS. ESPECIALIDADE CLÍNICA. USC

CENTRO DE TRABALLO → PAC CHANTADA – LUGO

OBXECTIVOS

Determinar a relación entre a formación en bioética dos médicos de Urxencias, e a xestión que realizan das vontades anticipadas dos seus pacientes. Determinar tamén a necesidade de incluír o dito concepto como competencia básica dos facultativos, así como marcador de calidade asistencial.

bioética

MÉTODO

Estudo descritivo transversal, cos médicos dos servizos de Urgencias dos hospitais de Monforte, Ávila e Ponferrada. Cuestionario anónimo no lugar de traballo, con características sociodemográficas, tempo de servizo na categoría e grao de formación en bioética. Preguntas acerca do coñecemento e xestión do concepto de "Vontades Anticipadas".

RESULTADOS

Respondeu o 80 %, do que un 57,5 % son mulleres. Rango etario predominante de 41-50 anos (40 %). Un 67,5 % con máis de 9 anos de traballo na mesma categoría. En canto á formación en bioética, 52,5 % sen formación, 45 % con formación en cursos e 1 médico con máster. Con respecto ao concepto de "vontades anticipadas", o 87,5 % manifestou coñecelo, e un 7,5 % intúe de que se trata polo nome. O 72,5 % respectaría as "vontades anticipadas" do paciente, só se se coñecen por escrito; pero, se se tratase de pacientes menores de idade, o 52,5 % nunca as respectaría.

CONCLUSIÓNS

O estudo detecta unha influencia da formación en bioética na xestión das "vontades anticipadas" polos médicos de Urgencias. Requírense estudos máis amplos que confirmen esta observación e reforcen a necesidade de crear programas de formación continuada en Bioética e a súa inclusión como indicador de calidade asistencial.

Bioética

PÓSTER. 4

Protexer a poboación fráxil. Necesidade de detectar a fragilidade para un envellecemento saudable

AUTORES → LUCINDA PAZ VALIÑAS¹, MARÍA JOSÉ FARALDO VALLÉS¹, ROSENDO BUGARÍN GONZÁLEZ²

CENTRO DE TRABALLO → ¹ UNIDADE DE ASESORAMENTO CIENTÍFICO-TÉCNICO, AVALIA-T AXENCIA DE COÑECEMENTO EN SAÚDE, ACIS. SANTIAGO DE COMPOSTELA

² CENTRO DE SAÚDE DE MONFORTE DE LEMOS

O Sistema de Saúde atende a unha poboación cada vez máis envellecida cunha prevalencia do 19 % en poboacións de 65 anos ou máis, cunha porcentaxe de fráxiles e prefráxiles do 17 % e 49 % respectivamente. A adecuación da avaliación das persoas maiores e a detección da síndrome de fragilidade é un punto clave para poder incidir de forma positiva no envellecemento saudable.

Para obter a mellor evidencia científica realizouse unha revisión sistemática das ferramentas de detección precoz da fragilidade.

Recuperouse numerosa información, pero ata o día de hoxe, non existe unha ferramenta de cribado universal para identificar a fragilidade, destacan o SHARE (*Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*), Índice de Fragilidade, o SPPB (*Short Physical Performance Battery*) e o fenotipo de Fried. Recentemente, a velocidade da marcha como indicador de fragilidade apunta como denominador común, pero a evidencia existente é moi heteroxénea.

No noso contexto, o documento do Ministerio de Sanidade (MSSSI) sobre a prevención da fragilidade, propón como proba inicial a ABVD (Actividades Básicas da vida Diaria) e posteriormente a proba de execución SPPB que combina o equilibrio, a velocidade da marcha e o test de levántate e anda.

ética

Independentemente da proba empregada, a evidencia sinala a importancia de detectar a fragilidade, e o seu diagnóstico en fases temperás é un deber ético xa que a infradetección dos casos podería implicar a non beneficencia ou mesmo maleficencia de non ofrecer un manexo óptimo dos pacientes para previr ou atrasar a deterioración funcional asociada a esta síndrome. Outra consecuencia ética de calado podería ser desaconsellar intervencións terapéuticas “agresivas” como unha forma de evitar a obstinación terapéutica naqueles pacientes “etiquetados” como fráxiles.

PÓSTER. 5

Conspiración do silencio en coidados paliativos, diferenzas entre poboación a partir dos 65 anos

AUTORES → VILLAMIL CAJOTO I; BALEA VÁZQUEZ L; ÁLVAREZ PÉREZ A; MARTÍNEZ LAMAS C.

CENTRO DE TRABALLO → HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO-COIDADOS PALIATIVOS

HOSPITAL DA COSTA, BURELA (LUGO). SERGAS

INTRODUCCIÓN

A Conspiración do Silencio (CS) é un pacto entre dous que manca a un terceiro; acontece cando a familia do paciente actúa cos sanitarios agochando unha enfermidade ou as consecuencias. CS parcial é cando coñecéndose o diagnóstico, se oculta o prognóstico e a actitude terapéutica. Hai pouca información da CS parcial en pacientes en Coidados paliativos (CP).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo de pacientes en CP (setembro 2016-setembro 2018). Agrupáronse en maiores e menores de 65a.

Bioética

RESULTADOS

Revisáronse 261 pacientes. Excluíronse 9. Estudáronse 252, (23 a 97 anos); 57 < 65 anos e 195 > 65 anos. CS parcial en 95 pacientes (38 %). CS en < 65 a, 14 casos (24 %); en > 65, 81 casos (41 %).

DISCUSIÓN

A CS prodúcese xeralmente a petición familiar, mais tamén por dificultade dos profesionais en dar malas noticias, e afrontar as propias emocións. Hai diferenza significativa na CS en maiores de 65a. A perda de capacidade ao quedar sen información, dende o punto de vista bioético, compromete a realización dunha adecuada praxe. Nunha situación de fragilidade extrema coma a de CP, existe unha tendencia “discapacitadora” cara á poboación anciá. Mellorouse na información da enfermidade oncolóxica (non era raro que moitos pacientes non tiveran estes datos) mais, existe aínda CS parcial, especialmente en anciáns.

PÓSTER. 6

Circuíto de valoración do paciente oncolóxico fráxil

AUTORES → FRANCISCO BARÓN DUARTE. GORETI PAZOS GONZÁLEZ

CENTRO DE TRABALLO → ONCOLOXÍA MÉDICA. CHUAC

A fragilidade é unha síndrome clínica especialmente prevalente nos pacientes con cancro (43 %). É un estado de diminución da reserva fisiolóxica do paciente que produce un descenso da capacidade de adaptación e incrementa a vulnerabilidade aos estresores e o risco de incapacidade. A propia neoplasia, as comorbilidades e as terapias específicas antitumorais poden producir unha tensión adicional sobre esa reserva fisiolóxica. É un proceso complexo e multidimensional.

1. Bioética

Implantamos un circuito especial para a asistencia a pacientes fráxiles “ON-COFRAIL” que permite o adecuado coidado e atención das necesidades destes pacientes.

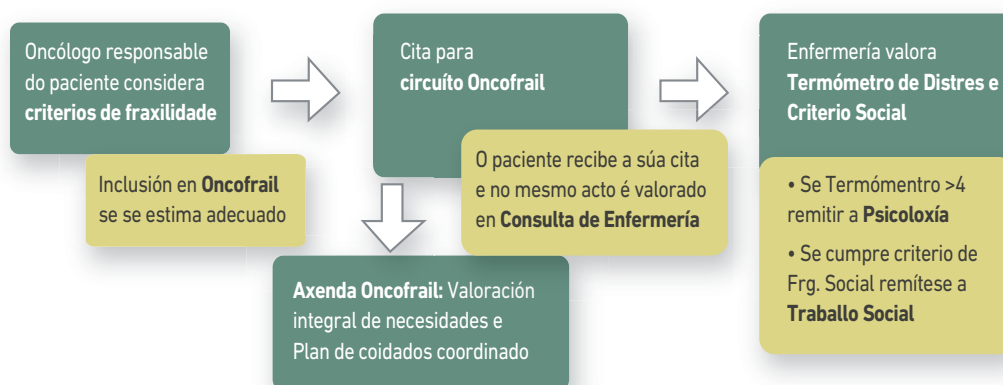
1 → **PACIENTE FRÁXIL (PF):** o que presenta problemas físicos, psicolóxicos, sociais ou espirituais que lle impiden adaptarse adecuadamente á súa contorna e aos circuitos habituais de atención.

Criterios de valoración do PF:

- *Criterio físico:* performance Status ≥ 2 e/ou diminución involuntaria de 10 > % de peso e/ou score > 3 no cuestionario abreviado de Charlson.
- *Criterio psicolóxico:* termómetro do distrés NCCN > 4.
- *Criterio social:* se o paciente acode habitualmente só ou con coidador incapaz de apoialo.
- *Criterio espiritual:* se o paciente sente como problema o aspecto espiritual (morte e legado ou transcendencia) e así o comunica no encontro clínico.

2 → **EXISTE FRAXILIDADE** con 2 ou máis destes criterios.

3 → **ARQUITECTURA DO CIRCUÍTO**



4 → **RESULTADO:** fase piloto de 90 días, 30 pacientes atendidos. Evidénciase que é factible e que beneficia a estes pacientes.

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Berea

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

ética

A mirada á ancianidade desde...

17:00 → 19:00

MESA REDONDA

MODERADORA → CARMEN SOLLOSO BLANCO
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Boa tarde.

Son Carmen Solloso Blanco e formo parte do Consello de Bioética de Galicia. Nesta mesa da que son moderadora continuamos a reflexionar sobre o tema da xornada, falando de Ancianidade e Bioética. Dous temas que nos preocupan e que nos interpelan como profesionais relacionados co mundo da saúde, mais tamén como persoas e como sociedade que está a vivir unha

Bioética

clara situación de avellentamento na poboación. Sabemos que a dimensión psicosocial da saúde é relevante para a análise bioética. Nesta mesa imos falar da importancia da mirada, do espazo, e das persoas, tendo en conta as condicións de quen necesita especial protección. Contamos para isto con profesionais que teñen ampla experiencia. Pedímoslles que nos acheguen a súa particular mirada poñendo o foco na prevención, na asistencia dende o centro de saúde, na atención domiciliar e na intervención social, complementando aquelas que se expuxeron esta mañá para, finalmente, abrir un diálogo a todo o foro.

Antes de lles dar a palabra aos relatores, vou facer unha breve presentación dos catro, evitándolles interrupcións na continuidade das súas exposicións.

Resumindo os currículos dos conferenciantes para non roubarlles tempo, e por orde de intervención, vou presentar a:

Iñaki Martín Lesende, médico especialista en medicina familiar e comunitaria, doutor pola universidade do País Vasco. Actualmente traballa no centro de saúde de San Ignacio en Bilbao. Compaxina o seu labor asistencial coa actividade investigadora. É experto na atención ás persoas maiores dende atención primaria e forma parte do grupo de prevención nas persoas maiores dentro do Programa de actividades preventivas e promoción da saúde na atención primaria. Tamén é membro do grupo de traballo de Atención aos Maiores da semFYC.

Bioética

Joam Casas Rodríguez, médico especialista en medicina familiar e comunitaria. Traballa na actualidade no centro de saúde da Baña (A Coruña). É experto en Cuidados Paliativos, así como, en tratamento de soporte no enfermo neoplásico. Ten formación acreditada en Bioética Clínica pola Universidade Complutense de Madrid.

Xabier Bayona Huguet, médico especialista en medicina familiar e comunitaria. Actualmente director dun equipo de atención primaria no Institut Catalá de la Salut. Máster en Dirección e alta Dirección de Institucións Sanitarias. Ten unha importante traxectoria e experiencia en xestión clínica como director de diferentes equipos en atención primaria.

Brígida Argote Martínez de Lagran, diplomada en Enfermería e especialista en Xeriatria. Licenciada en Antropoloxía Social e Cultural. Traballa como directora da residencia Lakua do Instituto Foral de Benestar Social de Álava. É experta en Ética Aplicada á Intervención Social e forma parte do Comité de Ética de Intervención Social de Álava. Ademais, é membro do Grupo de Traballo de Bioética da Asociación Vasca de Xeriatria e Xerontoloxía.

Como vedes, os nosos relatores teñen sobrada formación nos temas que imos tratar e voules dar a palabra segundo a orde establecida no programa. Comezamos pois con Iñaki, que nos falará de prevención, para continuar con Joám, quen contará a súa experiencia dende un centro de saúde no rural, seguido de Xabier abordando a atención domiciliaria e rematando con Brígida, que se vai centrar na intervención social. Moitas grazas a todos pola súa presenza!

Bioética

2.1 ... A prevención

RELATOR → IÑAKI MARTÍN LESENDE (PAÍS VASCO)

O envellecemento exponencial demográfico da poboación, á vez que unha situación para afrontar, supón un reto para adecuar e mellorar a atención socio-sanitaria que se oferta. Aínda que España se prognostica como un dos países máis envellecidos a curto prazo, senón o que máis, non o será na clasificación de países con maior “esperanza de vida libre de discapacidade”; sendo este, aumentar os anos libres de discapacidade tanto a nivel individual como poboacional, o principal reto nesta realidade e un obxectivo global das políticas sanitarias.¹ Do mesmo xeito que a mellora socioambiental foi clave no aumento de esperanza de vida global, o enfoque para preservar a saúde (envellecemento activo) e prevención serán claves para evitar a discapacidade.

Na prevención nas persoas maiores hai que considerar dous aspectos fundamentais respecto de idades previas. Por unha banda, a esperanza de vida, e por outro **a funcionalidade** como elemento primordial e obxectivo ao considerarse como mellor indicador do estado de saúde global dunha persoa maior (OMS), e á súa vez directriz final para mantela; a súa valoración e medición adoita realizarse a través de escalas que valoran actividades (tarefas habituais) da vida diaria (AVD) e probas de execución ou desempeño específicas (probas relacionadas con mobilidade, marcha ou equilibrio). En íntima relación co concepto de funcionalidade está a **fraxilidade**, consistente nunha deterioración progresiva dos sistemas fisiolóxicos que nos serven para afrontar estresores ou desesta-

Bioética

bilizadores da nosa saúde, relacionado coa idade, que diminúe esta capacidade de defensa ou mantemento intrínsecos, o que lles confire maior vulnerabilidade a factores de tensións e maior risco de resultados adversos en saúde, tales como caídas e fracturas, hospitalización, institucionalización, discapacidade (odds cociente –OR–, risco, para alteración de AVD en fráxiles respecto de non fráxiles de 2 veces máis), e mortalidade prematura (OR 2,4).^{2,3}

O **envellecemento activo** comporta o proceso de optimización das oportunidades de saúde, participación e seguridade co fin de mellorar a calidade de vida a medida que as persoas envellecen; permítelles ás persoas realizar o seu potencial de benestar físico, social e mental ao longo de todo o seu ciclo vital e participar na sociedade de acordo coas súas necesidades, desexos e capacidades, mentres que lles proporciona protección, seguridade e coidados adecuados.⁴ Para lograr un envellecemento activo ademais da prevención e promoción da saúde, requírese un bo funcionamento físico (actividade física e exercicio), mental, autonomía, e vinculación e participación social.

Seguindo as recomendacións PAPPS (programa de actividades preventivas e de promoción da saúde) da semFYC (Sociedade Española de Medicina Familiar e Comunitaria),⁵ as principais **actividades preventivas recomendadas no Maior** son:⁶

1 → Actividades preventivas comúns con idades previas

Estilos de vida e exercicio físico. Cesamento do hábito tabáquico, redución ou supresión do consumo excesivo de alcol, mantemento dunha adecuada dieta tipo mediterránea e ocasionalmente suplemento ou complementos cando haxa un déficit, e o máis relevante en canto non só a prevención primaria senón a intervención: **actividade e exercicio físico;**

Bioética

hoxe en día cando se indica un exercicio físico, fundamentalmente cando se fai como “intervención”, recoméndase que sexa do tipo exercicio multicomponente (que combine aeróbico, de forza e resistencia, e de equilibrio). O exercicio físico é a intervención que máis efectividade demostrou na fraxilidade.

Recomendación de determinadas **vacinas**: tétanos-difteria (dose de recordo aos 65 anos), pneumococo (a todas as persoas \geq 65 anos inmunocompetentes, tanto a sans como aos pacientes con patoloxías de base ou factores de risco –enfermidade respiratoria crónica, hepática, cardiovascular, diabetes mellitus...–), e vacina antigripal (indicada de forma anual-estacional en todos os maiores de 60 anos).

Hipertensión arterial, **HTA**. En xeral recoméndase manter unha cifra de TA non superior a 140/90 mmHg, toléranse cifras 160/100 en persoas de 65 ou máis anos con baixo ou moderado risco cardiovascular, sobre todo se teñen idades máis avanzadas.

Hipercolesterolemia. Convén valorar a necesidade de empregar fármacos para reduci-lo fundamentalmente en base ao risco cardiovascular global e a idade; en pacientes maiores de 75 anos estaría indicado en prevención secundaria da enfermidade cardiovascular (para evitar a repetición de eventos cardiovasculares), sen existir evidencia de beneficio a partir desta idade en prevención primaria (para evitar a aparición dun primeiro evento cardiovascular).

Diabetes. Convén medir a glicemia (glicosa en sangue) polo menos cada 4 anos. E é moi importante un adecuado control desta patoloxía, pola súa repercusión tanto noutros órganos e saúde xeral, como na fraxilidade e

etéica

discapacidade en persoas maiores. Aínda así, os obxectivos de control nos pacientes diabéticos maiores de 75 anos ou fráxiles non han de ser tan estritos como no resto da poboación, máis cando levan longo tempo de evolución da enfermidade.

Cribado e diagnóstico adecuado e precoz de certos **cancros** (mama, cervix, colorectal etc.), cuxo detalle excede deste resumo.

2 → **Condicións máis específicas das persoas maiores e síndrome xeriátricas**

Medicación. Evitando e abordando a polifarmacia –toma de máis de 4 fármacos de forma habitual– (34 % dos maiores), medicación inadecuada, incumprimento terapéutico (30-50 % dos maiores), interaccións farmacolóxicas (28,5 %), reaccións adversas medicamentosas (RAM, 41 % en maiores de 75 anos e unha causa importante de ingresos hospitalarios nestas idades).

Caídas. Ao redor do 30 % das persoas maiores de 65 anos sofre unha caída ao ano, e a metade deles volven caer. Esta porcentaxe chega ata o 50 % ao aumentar a idade e naqueles internados en residencias xeriátricas. As consecuencias son moi importantes: fracturas (gran repercusión as de cadeira), “síndrome poscaída” onde o medo para volver a caer os pode limitar de forma moi importante... Recoméndase a todos os adultos maiores de 65 anos un cribado (detección sistemática) anual sobre historia de caídas. A intervención ante o risco de caídas é múltiple, abordando a farmacia, problemas médicos específicos (intervención de cataratas, control cardiovascular, pés...), exercicio e equilibrio, suplementos de vitamina D se hai déficit da mesma, factores ambientais e de contorna etc.

Bioética

Incontinencia urinaria. Aconséllase interrogar sistematicamente sobre a súa existencia, identificar o tipo, factores de risco e causas reversibles, e realizar un estudo básico.

Déficits sensoriais. A deficiencia **visual** importante afecta o 15 % de persoas de 80 ou máis anos. A deficiencia auditiva importante (**hipoacusia**), o máis frecuente por presbiacusia –dexeneración do nervio auditivo asociado á idade–, afecta o 25-40 % dos maiores de 65 anos e increméntase coa idade, superior ao 80 % en maiores de 85 anos; require descartar tapóns de cerume e a súa corrección potencial é mediante audífonos segundo o caso. Ambos os procesos teñen unha elevada repercusión tanto na funcionalidade como na calidade de vida.

Demencia. Un diagnóstico temperán favorece o establecemento dun plan de cuidados que permita evitar riscos, mellorar a calidade de vida do paciente e a súa familia, e implicar o paciente na toma de decisións futuras... A pesar diso, non se recomenda a detección sistemática (cribado) de demencia en poboación asintomática maior de 65 anos. A conduta aconsellable en Atención Primaria (AP) é estar alerta ante síntomas de alarma que fagan sospeitar unha deterioración cognitiva e realizar neses pacientes unha avaliación máis detallada que permita diagnosticar a demencia do xeito máis temperán posible. Recoméndase a realización de exercicio físico, alimentación saudable e prevención de factores de risco cardiovascular, en especial a hipertensión, polo seu efecto beneficioso sobre a saúde, aínda que non se demostrou de forma clara a súa influencia na prevención de demencia.

Ética

Fraxilidade. As recomendacións PAPPS 2018 con respecto a esta entidade son:

- Recoméndase a detección oportunista de fraxilidade en AP en persoas de 70 ou máis anos.
- As ferramentas de detección recomendadas no noso medio son as probas de execución.
- É aconsellable a monitoraxe de actividades instrumentais da vida diaria (AIVD) en persoas de 70 ou máis anos para detectar precozmente o declive funcional.
- Ante a sospeita de fraxilidade recoméndase unha valoración clínica de tipo multidimensional, ou en forma de “valoración xeriátrica integral” (VGI) nos casos establecidos ou máis avanzados, para corroborar a fraxilidade, valorar necesidades e establecer plans de intervención adecuados e individualizados.
- Recoméndase a actividade ou exercicio físico, adaptado en intensidade e estruturado (multicomponente), como intervención principal para previr e/ou atrasar a perda funcional na fraxilidade. Outras intervencións recomendadas son a intervención nutricional, revisión e adecuación da medicación e o correcto manexo de situacións clínicas coincidentes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). **Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.** 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_persona_mayor.pdf
- 2 Walston JD. **Frailty. UpToDate** (actualización en de marzo de 2018). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/frailty?source=search_result&search=frailty&selectedTitle=1-101

Bioética

- 3 Martín-Lesende I, Gorroñoñoitia A, Molina M, Abizanda P. **Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria, Guías clínicas [Internet]. Fistera;** 2015. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>
- 4 Documento OMS (2002). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- 5 Recomendaciones PAPPs <http://papps.es/>
- 6 Curso semFYC online de "Atención a las personas mayores desde la atención primaria (2ª edición)" <https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/atencion-las-personas-mayores-desde-la-atencion-primaria-2a-edicion/>

Bioética

2.2 O centro de saúde

RELATOR → JOÁM CASAS RODRIGUES (GALICIA)

A atención primaria de saúde é un lugar privilexiado para observar e comprender o proceso do avellentamento e o ser ancián. Por unha banda o acompañamento da biografía das persoas en momentos importantes (como son as enfermidades, as perdas, as preocupacións de saúde), e por outra a presenza crecente das limitacións de saúde a medida que a persoa se volve vella, ofrécenlles ás profesionais dos centros de saúde unha relación profunda e experiencial cos últimos capítulos da novela da vida.

As visitas ao médico, ou do médico, enchen moitos días, cos seus preparativos previos e as súas cavilacións posteriores. A médica de familia, o enfermeiro, son persoas importantes na vida dos vellos.

Para as profesionais, a vellez e os seus contextos son emendas permanentes á educación cartesiana da medicina. A frecuente pluripatoloxía (e polimedicación) non pode ser entendida como unha simple suma de categorías diagnósticas e planos terapéuticos. A interrelación dos procesos patolóxicos é unha caixa negra cuxa complexidade está, na maioría dos casos, por abrir. Ademais, a carencia de probas médicas (“evidencias”) sobre terapéutica na pluripatoloxía e na ancianidade é notoria, polo que moitas das decisións se toman sobre o paradigma da parcelación do corpo, e por analogía coas poboacións máis novas, que son as máis frecuentemente estudadas nas investigacións.

Bioética

É a vellez contemporánea que nós observamos equiparable á de tempos anteriores? A medicina e a sociedade moderna mudaron a experiencia de volverse vella? Desde a atalaia dunha consulta de medicina rural, semella que ser vello mudou. En primeiro lugar, hai un maior uso dos servizos sanitarios, o que implica maiores intervencións médicas e maior esperanza de vida (teña esta relación ou non coa asistencia sanitaria) pero non necesariamente maior calidade de vida ou saúde autopercibida. Paralelamente ao resto das cousas de valor, a atención sanitaria é cada vez máis un ben de consumo.

Tamén parece difuminarse o concepto cíclico e integrado da vida, que se substitúe por unha visión lineal e illada na que a vellez se mira como a derrota final. Custa traballo convencer os pacientes que padecen as dores artrósicas ou teñen fame de alento por insuficiencias cardíacas ou respiratorias das vantaxes da idade avanzada citadas por Hermann Hesse: *"unha delas é a capa protectora de esquecemento, de cansazo, de afecto, que se interpón entre nós e os nosos problemas e sufrimentos. Pode ser desidia, anquilosamento, odiosa indiferenza; mais, vista con outra luz, pode significar tamén serenidade, paciencia humor, alta sabiduría e Tao"*.

Os vellos e vellas que atendemos malamente se resignan á desaparición da comunidade que foi o seu hábitat e á morte da civilización agraria. A perda da comunicación, do traballo e da convivencia entre pares está sen cicatrizar en moitos deles, e substituíla pola comunicación histriónica dos faladoiros televisivos "do corazón" é unha broma de mal gusto.

O sistema sanitario, pola súa vez, tamén non é igual. A tecnoloxía non só está máis presente e perfeccionada, mais tamén ocupa un lugar máis central no pensamento médico e no imaxinario das pacientes. Lugar que, ao desprazar o razoamento e compaixón médicas, outrora centrais, torna o modelo médico nun modelo reducionista. Na vellez conflúen dor física, perda dos seres queridos, desaparición do futuro, desfase cos cambios sociais, e a perda anticipada da propia morte. Mais a medicina só ve a dor física, en contra das evidencias (estas

ética

si, evidencias) emocionais e intuitivas da persoa enferma. Para convencer a sanitarias e pacientes de que o modelo biomédico é máis resolutivo, ofrécense as distopías tecnolóxicas, como a do control domiciliario de todas as constantes vitais posibles, sen máis resultado en moitos casos, que acentuar o medo á morte. *“¿Para sólo morir, /tenemos que morir a cada instante?”* din uns versos de César Vallejo.

Por outro lado, o aumento das necesidades percibidas polas pacientes e obxectivas pola profesión médica, vai parella á diminución de moitos recursos, nomeadamente os humanos. As consultas están masificadas, e moitas listas de agarda son tan indefendibles como inamovibles. A aparición da historia clínica informática integrada supuxo un cambio de gran magnitude, mais non se pode soste-lo aumento da demanda sumado ás novas tarefas informáticas (que rouban tempo e concentración), ás novas técnicas e ás funcións eternamente postergadas (investigación, atención comunitaria) cos mesmos recursos, ou menos. É unha fantasía pensar que isto non se traduce na morbilidade e na mortalidade. E, como é lóxico, o impacto é maior nas poboacións máis vulnerables.

Profundando na vulnerabilidade das anciás no Sistema Sanitario, cómpre falar da integridade como un dos valores ineludibles da asistencia. A coherencia biográfica debe ser respectada e estimulada máis que nunca na vellez (“somos seres en busca dun relato”). Por iso o sistema sanitario non pode ser culturalmente soberbio. É soberbio cando impón solucións tecnolóxicas (as citas telefónicas ou as citas web, por exemplo), ou cando utiliza unha linguaxe excluínte que inconscientemente idiotiza o interlocutor, que a maioría das veces posúe unha cultura e uns coñecementos profesionais non inferiores aos do sanitario. A viaxe ao hospital na ancianidade, percibida como viaxe terminal ou de chegada, está acompañada do desprendemento da roupa propia, da paisaxe e referencias xeográficas, das paredes da intimidade e da comunidade que as rodea. Cousas aparentemente inocentes como o ton de voz infantilizador, a exclusión do paciente do diálogo entre o médico e a familia, o desinterese polos fitos da súa

Bioética

biografía, ou a comunicación na lingua que medra en detrimento da propia, son facilmente descodificadas como mostra de desconsideración ou directamente desprezo.

A propósito da lingua, non caben nos cuidados dos múltiples aspectos da vulnerabilidade a equidistancia de cousas en situacións diferentes. Non se pode equiparar o medio matemático coa igualdade. A sociolingüística ensínanos o valor social dos dous idiomas maioritarios no noso país, o propio e o que non é o propio, e se falamos de atención á vulnerabilidade, particularmente na poboación anciá, os sanitarios debéramos ter unha opción preferente clara polo galego.

Tamén a autonomía, sempiterno principio nas xornadas e textos de bioética, está presente nas mudanzas do sistema sanitario. Aínda que queda moito que camiñar para darlle o poder sobre as súas decisións ás pacientes anciás, tamén é preciso reivindicar a “autonomía da autonomía”. A maximización da autonomía pode constituír unha imposición en culturas menos individualistas e máis comunitaristas que as anglosaxonas. Na práctica algunhas medidas concretas para promover a autonomía na relación asistencial son percibidas con incompreensión ou mesmo desconfianza polos pacientes. Algúns autores propoñen a “autonomía relacional” como alternativa, que pode resultar un principio máis próximo aos valores de unidade e solidariedade familiar que moitos pacientes senten como seus.

Por último, desde a consulta tamén se perciben cambios importantes na sociedade que repercuten nos vellos. O máis evidente, a vontade e a necesidade da incorporación dos dous membros da familia tradicional nuclear ao traballo asalariado ou autónomo, mais a persistencia da carga dos cuidados, ademais dos traballos domésticos, sobre a muller. A ecuación que integra horarios prolongados, salarios baixos, inestabilidade laboral, cuidado das fillas e dos vellos é irresoluble. A frustración das cuidadoras é maiúscula e palpable a diario na asistencia sanitaria. E o binomio necesidade/culpa da institucionalización da

ética

nai ou do pai é devastador emocionalmente para moita xente. O conflito asumir/delegar os cuidados é un dos conflitos éticos principais, se non o principal, que se cronifica nas nosas consultas. O debate social sobre as solucións non pode ocultar as súas raíces sociopolíticas. Son necesarias máis prazas en residencias e máis recursos de asistencia domiciliaria, pero se cousas como o modelo de traballo, o abandono do rural ou a desaparición da vida comunitaria non cambian, é difícil que se chegue a un equilibrio aceptable.

Dicía Paul Ricoeur que a existencia humana é unha síntese fráxil entre a perspectiva finita do corpo e o desexo infinito do sentimento. A finitude está sobrerrepresentada na ancianidade. Mais, paradoxalmente, son precisamente *“a fragilidade humana e a finitude os que determinan o noso desexo de beleza e de sentido”* (P. Kemp, J. Dahl Rendtorff). A vocación médica nace do instinto de protexer a persoa vulnerable, e como contrapartida, as persoas anciás regalan luz sobre a vida dos que cuidamos delas.

Bioética

2.3 A atención domiciliaria

RELATOR → XAVIER BAYONA HUGUET (CATALUÑA)

Indiscutiblemente o aumento da esperanza de vida leva un aumento da cronicidade e tamén da vulnerabilidade en etapas finais de vida. Este é o novo paradigma epidemiolóxico. Debemos, pois, repensar e adaptar a prestación da atención sanitaria e social das persoas con necesidades complexas de forma sensata.

A atención domiciliaria é aquela que se recibe no domicilio de alguén, ou en xeral, aquela na que os servizos de saúde prestados lles permiten aos seus usuarios continuar vivindo no seu fogar e contorna familiar. O termo “coidados a domicilio” (*Home Care*) designan de forma xenérica un amplo abano de servizos de apoio para persoas dependentes e con incapacidades. A denominación inclúe desde servizos de axuda para as actividades da vida diaria que requiren unha cualificación mínima, ata coidados profesionais que utilizan tecnoloxías sofisticadas.

A organización e a carteira de servizos prestados no domicilio son claves para unha asistencia sanitaria e social con valor engadido. Son moitos os pacientes que prefiren ser tratados na casa en vez de no hospital, e están máis satisfeitos e presentan menor número de complicacións. A valoración xeriátrica integral é unha boa ferramenta e a abordaxe protocolizada a domicilio de persoas maiores desfavorecidas economicamente mellora a calidade dos coidados, diminúe as urxencias hospitalarias, ademais dunha mellor detección e manexo de síndromes xeriátricas.

Un dos retos é diminuír a fragmentación destes coidados que se procuran a domicilio. Para iso, a gobernanza na provisión de servizos a domicilio (sanita-

1 Bioética

rio e social) debe localizarse non demasiado afastada (algúns apuntan a nivel de gobernos locais). Todo iso baixo o paraugas dun financiamento adecuado. A visión do sistema e profesionais debe estar centrada no paciente e as súas necesidades. Para o futuro próximo é necesario avanzar cara a un modelo de provisión de servizos domiciliarios baseada na coordinación de todos os seus actores, o equipo multidisciplinar coordinado.

Actualmente, segundo comunidade e territorio, desenvóléronse diferentes modelos de organización e xestión da cronicidade a domicilio ou de forma próxima ao domicilio. Unha das dificultades subxacentes é a falta de avaliación e publicación destas experiencias na nosa contorna. A literatura escrita predominante é de orixe americana e británica, cos rumbos supón unha posible extrapolación, aínda que as súas lecturas nos achegan ideas.

Está claro que non existe unha solución única para responder á cronicidade no domicilio do paciente, pero si que sabemos que cando os profesionais de diferentes niveis melloramos a comunicación o paciente gana. Tamén sabemos que cando se diseña un plan de acción para abordar as necesidades do paciente contando coas súas preferencias e valores, a satisfacción de pacientes, familia e profesionais aumenta. E tamén está claro que debe liderarse o proceso. Se predominan as necesidades sanitarias a enfermeira do equipo de atención primaria probablemente será a figura ideal para aglutinar e coordinar a atención. Se predominan as necesidades sociais, a figura que aglutine o proceso debería ser a traballadora social vinculada ao equipo de atención primaria.

A atención domiciliaria deste século XXI necesita un liderado claro da atención primaria, que debe contar, sen dúbida, coa colaboración coordinada de servizos sanitarios e sociais e doutros profesionais que lles engadirán valor e vida aos anos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria* 2018;50:264-266.

Bioética

2.4 ...A intervención social

RELATORA → BRÍGIDA ARGOTE MARTÍNEZ DE LAGRÁN (PAÍS VASCO)

O envellecemento da poboación é un feito. Todos queremos envellecer e queremos facelo ben, en perfectas condicións funcionais e cognitivas, pero hai moita variabilidade, uns envellecen dunha maneira activa e saudable e outros con enfermidade e dependencia.

Os últimos datos que ofrece o INE, o día 1 de xaneiro de 2017, son que o 18,8 % do total da poboación ten 65 e máis anos e que en 2066 haberá máis de 14 millóns de persoas maiores, o que supón o 34,6 % do total da poboación.

Asturias, Castela e León, Galicia, País Vasco, Aragón e Cantabria seguen sendo as comunidades autónomas máis envellecidas con proporcións de persoas maiores que superan o 21 %. Murcia, Canarias e Baleares son as comunidades con proporcións máis baixas, por baixo do 16 %.

Téndese a considerar o envellecemento como un problema, polo custo económico e social que implica, con todo, trátase dun éxito de calquera sociedade avanzada, que está a conseguir que as persoas vivamos máis e en mellores condicións. O reto é saber xestionar esta realidade que se impón e que afecta a diversos ámbitos, pero sobre todo ao social e ao sanitario.

→ O **perfil das persoas maiores** está a cambiar. Os maiores do futuro, é dicir, nós, somos persoas con maior nivel de vida, maior nivel cultural, máis participativos, con maior conciencia e defensa dos nosos dereitos e máis conscientes de que debemos adquirir hábitos saudables que nos axuden a envellecer mellor e a gozar da vida de forma plena.

ética

- O **perfil das persoas que viven en residencias ou centros sociosanitarios** tamén é diferente. En xeral, son moi maiores, máis fráxiles, dependentes, con características máis complexas e que requiren coidados máis profesionalizados.
- A **realidade dos servizos de saúde** é que o 80 % das consultas de atención primaria e o 60 % dos ingresos hospitalarios son persoas maiores, con pluriopatoloxías que van dar lugar a dependencia, ás veces con deterioración cognitiva e/ou en situación de risco social. Son persoas que consomen máis recursos e máis fármacos.
- Os **modelos sociais e familiares** cambiaron, desenvolveuse a ética asistencial e o concepto de autonomía das persoas que nos obriga a ter en conta os seus valores, preferencias e opinións nos asuntos que lles afectan.

Todo isto sitúanos nun escenario no que non basta o tipo de coidado tradicional que se veu realizando ata agora. Para ofrecerlle unha atención de calidade á persoa maior están a promoverse novos modelos de atención integral, personalizada, interdisciplinar e interinstitucional, centrados na persoa, que visualicen as súas capacidades e que lles facilite os apoios necesarios para poder levar “a mellor vida posible”. Estes novos modelos implican un cambio de paradigma que afecta o deseño e planificación dos servizos e programas a desenvolver, pero tamén á intervención e á praxe profesional, para garantir o exercicio dos dereitos das persoas maiores.

Intervir, desde os diferentes ámbitos, de maneira disgregada xera problemas e dificultades como: parcialización da persoa que pode ocasionar que os obxectivos expostos poidan ser incompatibles, infrautilización dos recursos, insatisfacción tanto da persoa maior como dos e das profesionais etc.

Por todo iso, é necesario que se desenvolvan estratexias de coordinación entre os diferentes axentes (institucións, organizacións, profesionais, terceiro sector...) que interveñen en mellorar a calidade de vida dos cidadáns e das cidadás,

Bioética

en xeral, e das persoas maiores en particular. Países como Holanda e os Países Nórdicos apostaron pola integración de ambos os sistemas e outros, como Francia e España decántanse máis pola coordinación entre os servizos sociais e sanitarios.

Esta coordinación ha de ser efectiva tamén con outros sistemas como: educación, vivenda..., e, por suposto, coa complementariedade do apoio informal co que conte a persoa na súa contorna.

A coordinación sociosanitaria non está exenta de dificultades debido á complexidade dos sistemas sanitario e social. Os sistemas de saúde e servizos sociais organízanse de maneira separada, cada un conta con estruturas, culturas e sistemas propios.

En xeral, as competencias atópanse repartidas entre as consellerías de Sanidade e a de Servizos Sociais; todas as institucións (Goberno, forais e municipais) teñen competencias na planificación e prestación de recursos sociais o que fai que se poidan dar duplicidades na planificación e prestación de servizos; o sistema sanitario é un dereito universal e gratuíto e existe unha definición dos recursos dispoñibles para atender as situacións de enfermidade e unha coordinación entre a primaria e a especializada, sobre todo para os pacientes crónicos mentres que os sistemas de soporte social carecen do carácter universal gratuíto e tenden a multiplicarse por non existir unha rede única.

A posta en marcha desta atención sociosanitaria require coordinación nos tres niveis de actuación: Macro (deseño de políticas públicas de atención, normativas e planificación de recursos), Meso (xestión das organizacións que prestan os servizos) e Micro (coordinación dos diferentes niveis de atención, no ámbito das relacións asistenciais, na casuística).

bioética

As intervencións que se vaian realizar neste marco deben ir encamiñadas a:

- Garantir a continuidade e fluidez na prestación dos servizos entre os niveis asistenciais sanitarios e dos servizos sociais.
- Identificar as portas de entrada e establecer itinerarios de derivación entre os distintos niveis de atención.
- Compartir instrumentos de valoración e seguimento polos profesionais de ambos os sistemas de forma que se empregue a mesma linguaxe e se garanta a continuidade na atención e os cuidados.
- Identificar de forma precoz os usuarios en situación de risco de dependencia ou exclusión social.
- Facer énfase na prevención, a promoción da saúde e a autonomía do usuario.

Tanto a nivel estatal como autonómico, levamos uns anos traballando para promover un cambio de paradigma asistencial cara a unha visión integral da persoa.

Neste sentido, no contorno da Comunidade Autónoma Vasca (CAV) existen varias iniciativas.

A nivel Macro, o Goberno Vasco impulsou, entre outras, a Estratexia Vasca de Envellecemento Activo 2015-2020 para contribuír á identificación dun modelo de gobernanza que lles dea a palabra ás persoas que envellecen e que axude a construír unha sociedade para todas as idades.

Dentro do paradigma do envellecemento activo hai unha iniciativa moi interesante, **Euskadi Lagunkoia**, para mellorar o benestar das persoas maiores. Ten como obxectivo incentivar a participación das persoas maiores e da cidadanía en xeral para a mellora de barrios e contornos nos municipios de Euskadi para que poidamos seguir facendo a nosa vida a medida que envellecemos.

Bioética

O poder levar a cabo unha vida activa e autónoma depende en gran parte, da amigabilidade do deseño urbano, da seguridade e da adecuación dos ambientes domésticos.

En canto ao nivel Meso e Micro, déuselle continuidade á coordinación sociosanitaria, tras máis de 20 anos dos primeiros acordos marcos, a través do documento **Prioridades estratéxicas de atención sociosanitaria en Euskadi 2017-2020**, que pretende aglutinar todas as visións, enfoques, tendencias e experiencia que, desde un enfoque baseado na atención centrada na persoa e a continuidade de cuidados de ambos os sistemas.

As intervencións dirixidas ás persoas maiores deben cumprir os requisitos de integridade, personalización e continuidade, pero, ademais, é unha obriga dos profesionais e das institucións que sexan correctas non só desde o punto de vista técnico, senón tamén ético. Un das accións que levaron a cabo foi a creación da Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi que agora se trata de formalizar xuridicamente.

Outro aspecto para ter en conta é o cuidado de familiares no fogar que recae normalmente nas mulleres, pero coa idade acúrtanse as diferenzas de xénero e a partir dos 80 anos hai máis homes cuidadores dun familiar —xeralmente da súa parella— que mulleres (Observatorio Social A Caixa, maio 2018). Os maiores dependentes requiren apoios, pero tamén os necesitan os seus cuidadores, por iso son necesarios os programas de apoio a cuidadores (intervencións educativas, de orientación...).

Tine Rostgaard, profesora de Cidadanía e Persoas Maiores, Universidade de Aalborg (Dinamarca), di que para aumentar a calidade de vida dos maiores hai que axudarlles a ser máis independentes. Ela fala da Recapitación como proceso de reaprendizaxe destinado ás persoas con dependencia moderada cuxo fin é axudarlles a realizar con autonomía as actividades da súa vida diaria para que poidan permanecer nas súas casas o maior tempo posible.

Ética

Estes programas lévanse a cabo antes de que á persoa se lle asigne un recurso de axuda (servizo de axuda a domicilio, centro de día, residencia longo prazo etcétera).

Estamos na transición desde un modelo asistencialista cara a un modelo de servizos sociais moderno, comunitario, centrado no relacional; desde un enfoque de necesidades a un enfoque de dereitos das persoas.

Isto implica desenvolver servizos novos, adecuar os que existen, reordenar as competencias entre as institucións, consolidar equipos interdisciplinares cohesionados, tomar decisións e enfocar as nosas intervencións nas competencias e capacidades. Todo iso, coa participación e o protagonismo das persoas maiores e as súas familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., Pujol, r. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018
Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Plan Esatrategjéxico 2016-2020
- Roman, B., (2016). Ética de los Servicios Sociales
Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2016-2020
- Rodríguez, p. (2010). La atención integral centrada en la persona
Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales
- Fantova, F. (2014). Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas

9:15 → 09:30
PRESENTACIÓN

ANCIANIDADE E BIOÉTICA

José Antonio Seoane

9:30 → 10:30
CONFERENCIA
DE APERTURA

O FUTURO DO COIDADADO

Ramón Morera i Castell

10:30 → 12:30
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Irene Esperón Rodríguez



O Servizo Galego de Saúde

María Sinda Blanco Lobeiras

O Servizo de xeriatria da EOXI de Vigo

Xosé Manuel Vega Andión

O Servizo de xeriatria da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos

Rocío Malfeito Jiménez

A investigación universitaria (UDC) en xerontoloxía

José Carlos Millán Calenti

13:00 → 14:00
PRESENTACIÓN
DO DOCUMENTO

ÉTICA, VULNERABILIDADE E ANCIANIDADE

Ana Guillén Vilanova

María Ponte García

Mónica Suárez Berea

16:30 → 17:00
PÓSTERES

PÓSTERES

Comité Científico

17:00 → 19:00
MESA REDONDA

A MIRADA Á ANCIANIDADE DESDE...

Carmen Solloso Blanco



A prevención

Iñaki Martín Lesende (País Vasco)

O centro de saúde

Joám Casas Rodrigues (Galicia)

A atención domiciliaria

Xavier Bayona Huguet (Cataluña)

A intervención social

Brígida Argote Martínez de Lagrán (País Vasco)

19:15 → 20:30
CONFERENCIA
DE CLAUSURA

O VALOR DO COIDADADO

Victoria Camps

ètica

0 valor do cuidado

19:15 → 20:30

CONFERENCIA
DE CALUSURA

RELATORA → VICTORIA CAMPS
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA



JORNADA

Ancianidad y Bioética

VERSIÓN CASTELLANO

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade-Secretaría Xeral Técnica- Consello de Bioética de Galicia
Santiago de Compostela
2018

Integran el CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA:

Rosendo Bugarín González

Natalia Cal Purriños

Ana Concheiro Guisán

Teresa Conde Cid

Olivia Díez Lindín

Irene Esperón Rodríguez

Ana Guillén Vilanova

Xurxo Hervada Vidal

Victoria Lojo Vicente

María Ponte García

Carmen Ramil Fraga

Antonio Rodríguez Núñez

Alberto Ruano Raviña

Silvia Sánchez Radío

José Antonio Seoane Rodríguez

Carmen Solloso Blanco

Mónica Suárez Berea,

Alfredo Valdés Paredes

Isabel Vila Iglesias

09:00 INAUGURACIÓN



107 → 108 Inauguración

7 → 10

PONENTE → JESÚS VÁZQUEZ ALMUIÑA
CONSELLEIRO DE SANIDADE

D. Alberto Fuentes Losada, secretario general técnico de la Consellería de Sanidad, D.ª Beatriz Allegue Requeijo, gerente de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), profesor D. José Antonio Seoane, presidente del Consejo de Bioética de Galicia, equipo directivo, miembros del Consejo de Bioética de Galicia, profesionales, ponentes, señoras y señores,

Buen día,

Muchas gracias a todos por vuestra presencia, y a los organizadores de esta jornada en la que abordaréis a través de conferencias y mesas redondas un tema de tanto interese como es Ancianidade y Bioética.

Según un estudio reciente de la Universidad de Washington los españoles tendrán una esperanza de vida de 85,8 corderos en el 2040, lo que convertirá a España en el país con mayor esperanza de vida del mundo.

El incremento de la esperanza de vida, junto con el descenso de las tasas de mortalidad y los bajos índices de natalidad, hacen que tengamos una población cada vez más envejecida.

Este envejecimiento viene motivado también por los avances científicos y tecnológicos que retrasan la muerte y que modifican la evolución de las enfermedades.

En la civilización occidental a posición y estima social de las personas ancianas decreció con el paso de los siglos: de ser consideradas las máxi-

mas autoridades políticas, sociales y culturales, depositarias de la memoria y la identidad de la comunidad, se pasó a la primacía de la juventud y de la productividad, quizás porque el valor de la persona deriva del que hace o produce, y no del que es.

Esta perspectiva sociológica coexiste con un modelo laboral, económico y productivo coherente y con una perspectiva demográfica que revela el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y la necesidad de cuidados.

En otras palabras, el Sistema de Salud de Galicia debe ofrecer respuestas a las distintas necesidades de la población anciana.

Por lo tanto, hace falta felicitar el Consejo de Bioética de Galicia por la elaboración del documento de recomendaciones que presenta hoy, 'Ética, vulnerabilidad y ancianidade', que contiene sugerencias para mejorar el cuidado de las personas ancianas y, como subrayan repetidamente, de las personas cuidadoras, también afectadas por la vulnerabilidad.

Hoy vivimos más y por eso buscamos no solo tiempo de vida sino la calidad diera tiempo de vida.

Los nuestros, me permitan que utilice el término mayores, precisan cada vez de más cuidados y desde el sistema sanitario estamos adaptándonos la esas nuevas necesidades, mejorando y extendiendo la hospitalización a domicilio; impulsando la atención domiciliaria y la atención no presencial utilizando las nuevas tecnologías (hogar digital, Telea, y-salud).

En el nuevo Programa FID (Fondo de Innovación Empresarial desde la Demanda), el SERGAS participa con el Plan de innovación CÓDIGO100. El objetivo de este plan es preparar el sistema de salud para responder a los desafíos que presenta una sociedad cada vez más envejecida.

A día de hoy el SERGAS presta asistencia a 2,7 millones de pacientes, un 23 % de ellos mayores de 65 años, y por tanto la gestión de una población altamente envejecida y dispersa supone un verdadero desafío para un Sistema Público de Salud, lo de Galicia, que busca nuevas soluciones y tecnologías para mantener el superar los niveles de calidad de la atención sanitaria que presta.

Somos conscientes de la responsabilidad de la Administración sanitaria, y de toda la Administración pública, para diseñar políticas que eviten o disminuyan la vulnerabilidad de los pacientes ancianos y de sus cuidadores y cuidadoras, y garantizar el respeto de valores como la dignidad, la autonomía, la intimidad, la igualdad, la seguridad, el bienestar, la justicia.

Estamos muy orgullosos de nuestros mayores y seguiremos trabajando para mejorar su cantidad y calidad de vida.

Muchas gracias.

*Jesús Vázquez Almuíña
Conselleiro de Sanidade
Consellería de Sanidade, 25 de octubre de 2018*

09:15 PRESENTACIÓN



108 → 111
11 → 16

Ancianidad y Bioética

RELATOR → JOSÉ ANTONIO SEOANE
PRESIDENTE DO CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

I

Bienvenidos a la jornada anual del Consello de Bioética de Galicia, "Ancianidad y Bioética", que continúa la jornada de 2017, pues junto a

la ancianidad hoy comparecen de nuevo la vulnerabilidad y el cuidado.

II

Como en ocasiones anteriores, hemos de agradecer a la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia y al conselleiro D. Jesús Vázquez Almuíña su apoyo y su presencia en la inauguración de esta jornada, agradecimiento que hacemos extensivo a la Secretaría Xeral Técnica y a su titular, D. Alberto Fuentes Losada. Transmitimos también nuestra gratitud a la Agencia gallega para la gestión del conocimiento en salud (ACIS), representada por su gerente, D^a Beatriz Allegue Requeijo, por su colaboración en el desarrollo y la ejecución de las actividades del Consello.

Nuestro reconocimiento se extiende a los conferenciantes, los ponentes, las presentadoras y las moderadoras, así como a los autores de los pósteres, que garantizan la pluralidad de la jornada y amplían el horizonte bioético gallego; y también a todos los asistentes y al resto de personas que han contribuido a la celebración de esta jornada y a la presentación de nuestros documentos.

Finalmente, a título más personal, agradezco a la secretaria, los vocales y mis compañeras del Consello de Bioética de Galicia poder compartir estas actividades y esta experiencia.

III

La jornada es, de una parte, una invitación y un acto de acogida a todas las personas e instituciones interesadas en la Bioética y, concretamente, en la situación de las personas ancianas. Como anfitrión, el Consello disfruta con la posibilidad de aprender de quienes ocupen esta mesa, presenten sus pósteres, interven-

gan desde el auditorio o, simplemente, dialoguen a lo largo del día.

De otra, la jornada es el momento de compartir en público los resultados más destacados del Consello durante los últimos meses, en especial su tercer documento de recomendaciones, Ética, vulnerabilidad y ancianidad, que anunciamos en la jornada celebrada hace un año y que hoy presentaremos tras un difícil e instructivo recorrido. A él se referirán detalladamente mis compañeras Ana Guillén, María Ponte y Mónica Suárez al final de la mañana.

Un segundo resultado, de carácter formativo, es la propuesta de tres cursos básicos sobre los temas de nuestros documentos de recomendaciones: conflicto de intereses, confidencialidad en el acceso y el uso de la documentación clínica, y el cuidado de la población anciana vulnerable, que están previstos para el próximo año 2019, dentro de la oferta de la ACIS.

Y como en años anteriores, otra actividad significativa del Consello es esta jornada, enmarcada por la conferencia de apertura, El futuro del cuidado (Ramón Morera), que introducirá y contextualizará la cuestión anticipando cuál puede ser el rumbo de la atención de las personas ancianas vulnerables, y por la conferencia de clausura, El valor del cuidado (Victoria Camps), que pondrá el acento en la dimensión ética y reflexionará sobre el cuidado desde una perspectiva no sanitaria.

Nuestra concepción deliberativa de la Bioética busca otras miradas diferentes a la ancianidad y a su cuidado. En la mesa redonda de la mañana compartiremos la perspectiva del Servizo Galego de Saúde (María Sinda Blanco Lobeiras), de los dos servicios de geriatría

de las EOXI gallegas: Vigo (Xosé Manuel Vega Andión) y Lugo, Cervo e Monforte de Lemos (Rocío Malfeito Jiménez), y de la investigación universitaria –en concreto de la Universidade da Coruña– en gerontología (José Carlos Millán Calenti). Después, la mesa redonda de la tarde ofrecerá cuatro nuevas perspectivas asistenciales y territoriales, desde la prevención (Iñaki Martín Lesende), el centro de salud (Joám Casas Rodrigues), la atención domiciliaria (Xavier Bayona Huguet (Cataluña) y la intervención social (Brígida Argote Martínez de Lagrán).

Además, podremos debatir con los autores de los seis pósteres que abrirán la sesión de tarde y, como he anticipado, completaremos la jornada con la presentación y el debate del nuevo documento de recomendaciones del Consello de Bioética de Galicia, Ética, vulnerabilidad y ancianidad.

IV

Hace tres años, la Orden de la Consellería de Sanidade de 16 de octubre de 2015 fijó las características del Consello de Bioética de Galicia como órgano colegiado, permanente, consultivo, interdisciplinar e independiente cuya misión es asesorar a la Administración y a los profesionales de la salud, promover la formación bioética y la consideración de la Bioética como criterio de calidad y buena práctica profesional, y contribuir a la información y favorecer el debate cívico sobre las dimensiones éticas de la práctica asistencial.

Adviértase que el Consello no es un órgano ejecutivo sino meramente asesor de quien tiene la capacidad y la obligación de ejecutar; es decir, un órgano de reflexión o, en términos más afines a la Bioética, un órgano de delibe-

ración. Así lo entendemos y así lo practicamos, cobrando conciencia del atributo más importante y más difícil del deliberar, la humildad, sin la cual no hubiésemos sido capaces de concluir nuestro último documento, cuyos argumentos, conclusiones y recomendaciones escucharán hoy de modo resumido y podrán leer y conocer en detalle si acceden a nuestra página web.

V

Decíamos hace un año que quien no cuida y no es cuidado no es plenamente humano. Hoy debemos ampliar la perspectiva y examinar la realidad desde una perspectiva mesoética y macroética, subrayando dimensión política en su sentido genuino: un sistema de salud y una sociedad que no cuidan no perdurarán y, más aún, se corromperán moralmente.

Tomando prestada la expresión de María Ángeles Durán, la riqueza invisible del cuidado nos alerta del descuido y la mercantilización del cuidado y nos interpela éticamente. No se trata de una afirmación retórica, pues el cuidado de la salud y la respuesta a la vulnerabilidad de las personas ancianas tienen carácter transversal. Es decir, no nos dirigimos solo a la sanidad sino también a las políticas sociales, laborales, económicas y tributarias, educativas, etc.

Garantizar la salud como oportunidad de vida, como capacidad para participar en la comunidad y desarrollar una vida significativa exige la intervención de todos para eliminar las desigualdades injustas, es decir, las inequidades evitables e involuntarias que incrementan la vulnerabilidad. Si se permite la analogía, esto exige intervenir en los determinantes sociales de la vulnerabilidad, es decir las circunstan-

cias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Hay que ir más allá de la sanidad y renovar las prioridades y la arquitectura de nuestras sociedades para promover un cuidado justo de la vulnerabilidad desde las instituciones.

VI

La persona que asume la responsabilidad del bienestar físico, intelectual y afectivo de otra persona es una cuidadora. Es esta una afirmación ambiciosa y exigente, que también podría enunciarse así: es cuidadora la persona que contribuye a la felicidad de otra. Evitamos así la ambigüedad del término "bienestar" pero incurrimos en la polisemia de la "felicidad", que se dice de muchas maneras.

Para despejar esta incógnita finalizo con una visita a la Antigua Grecia acompañado de Emilio Lledó. Para asegurar la existencia frágil e inestable de las personas, la felicidad o la vida plena (eudaimonía) se alimentaba entonces de bienes materiales; esta preocupación por el "bientener" probaba la estructura corporal e indigente de la existencia. Pero el lenguaje y las palabras fueron descubriendo un universo más abstracto y un sentimiento parecido al "bienestar", que no surgía por la seguridad de las cosas o bienes que teníamos. El "bienestar" se transformó en "bienestar", y el mundo de las cosas mudó en mundo de los sentimientos. Ya no bastaba con respetar la corporeidad sino que se necesitaba el alimento de la vida como "energía y alegría", que al ser algo esencial para todos los seres humanos reclamaba una política de igualdad, amistad, justicia y la posibilidad de convivir. No obstante, este sentimiento de equilibrio y sosiego interior también es vulnerable y está permanentemente ame-

nazado: "Porque, efectivamente, es imposible la felicidad si la mirada descubre, alrededor de la vida individual, la enfermedad social y la corrupción que destroza la vida colectiva" .

Ojalá esta jornada nos enseñe a mirar éticamente la vulnerabilidad de las personas ancianas y a encontrar los caminos adecuados para su cuidado.

José Antonio Seoane
 Presidente do Consello de Bioética de Galicia
 Santiago de Compostela, 25 de outubro de 2018

09:30 CONFERENCIA DE APERTURA



111 → 118
 17 → 32

El futuro del cuidado

RELATOR → DR. RAMÓN MORERA I CASTELL
 MÉDICO DE FAMILIA
 MIEMBRO DE LA SOCIEDAD CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR (CAMFIC) Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP)

Agradezco al "Consello de Bioética de Galicia" la oportunidad de compartir algunas consideraciones con relación al futuro de los cuidados a las personas mayores. No se trata más que de unas apuntes y reflexiones personales, eso sí, después de explorar distintas realidades y distintos autores y de aprovechar mi experiencia profesional en este ámbito. Desde mi punto de vista, es inevitable el sesgo de trabajar desde hace más de 30 años como Médico de Familia en el sistema sanitario público. Una mirada cercana a la realidad del paciente y de su entorno pero inevitablemente médica.

La cuestión sobre el futuro de los cuidados es muy relevante pero nada fácil de responder.

Woody Allen en Annie Hall decía frases tan acertadas, con relación al envejecimiento, como: *"Me interesa el futuro porque es el sitio donde voy a pasar el resto de mi vida"*. Y no solo al Sr. Allen, creo que a todos los que estamos comprometidos de algún modo en la atención de personas mayores nos interesa especialmente. Y también decía: *"No me importa envejecer, la alternativa es peor"* o *"No es que me asuste la muerte, simplemente no quiero estar ahí cuando ocurra"*, refiriéndose a la muerte, tema que en su filmografía está muy presente.

La ancianidad está asociada, frecuentemente, a la vulnerabilidad, la dependencia, la necesidad de cuidados y a la pérdida de salud por enfermedades crónicas, lo que ahora los servicios sanitarios etiquetan como pacientes con enfermedades crónicas complejas o simplemente pacientes crónicos complejos (PCC). Y siempre la ancianidad está asociada a la muerte.

Por tanto, me toca hablar sobre los cuidados y especialmente sobre el futuro de los cuidados. Y también lo voy a hacer sobre la propuesta de mejora de nuestro modelo sanitario, que tiene como objetivo dar mejor respuesta sanitaria, por parte de las Administraciones y los profesionales, a las personas mayores. E intentaré apuntar los principales retos éticos en el cuidado de estas personas.

También me toca reflexionar sobre el proceso de final de vida y sobre la muerte. Y reflexionar sobre la muerte digna o los cuidados al final de la vida; y entraré en el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido, debate que vuelve a estar presente en nuestra sociedad, como mínimo en el ámbito político y sanitario.

El futuro de los cuidados

Nuestra sociedad cambia rápidamente y no es necesario argumentarlo, lo vivimos todos. Cambios demográficos, sociales, del modelo de familia, tecnológicos, de estilos de vida... En muchos países como el nuestro, la esperanza de vida se ha prolongado extraordinariamente. Japón y España son los países con mayor esperanza de vida entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), según Health at a Glance 2017, el informe más reciente de salud de dicha entidad.

Japón tiene 83,9 años de esperanza de vida, mientras que los habitantes de España y Suiza pueden llegar a vivir, en promedio, 83 años; y son las mujeres las que tienen una esperanza de vida unos 5 años superior a los hombres. Aunque no es la realidad de todo el mundo, y una muestra es Rusia donde, hace pocas semanas, han prolongado la edad de jubilación de los hombres hasta los 65 años, pero es que allí la esperanza de vida de los hombres en el 2017 era de 66,5 años.

Cambia la sociedad y los cuidados también evolucionan y evolucionarán pero, quizá, no lo están haciendo a la velocidad que nuestras comunidades precisan. ¿Como sociedad somos suficientemente conscientes? Las dinámicas

de la familia moderna y las administraciones: ¿son capaces de dar respuesta al reto de cuidar adecuadamente a las personas mayores?

Viéndolo como médico de familia, notamos que actualmente, y en un futuro aún más, muchas de las personas mayores viven solas o con una pareja tan o más mayores, frágiles y vulnerables que ellos. No sabemos muy bien quién cuida a quién. Pocos tienen cuidador; quizás algunos sí cuentan con ayuda de la familia. Algunos, un cuidador no profesional. La mayoría nos dice que no quiere molestar a sus hijos. Y todos, que querrían estar en su casa hasta el final de la vida. En 30 años de práctica, pocas personas me han dicho que quisieran morir en un hospital. Y muy pocas han decidido libremente ingresar en una residencia o en un centro sociosanitario. De hecho, muchos piden no tener que ir a Urgencias o a consultas del hospital, porque "es territorio hostil", que tantos médicos y aparatos los agobian y no se pueden permitir pedir que los acompañen tantas veces.

El reto está servido y es a todos los niveles:

Nuestros modelos de familia cada día contemplan menos el asumir el cuidado de sus personas mayores. Se ha vuelto "un problema". Las Administraciones, impersonales y burocráticas, y las políticas a veces acertadas, como pudo ser la Ley de Dependencia de Zapatero, pero habitualmente lentas y con falta de recursos, son insuficientes para dar respuestas adecuadas. Los sectores económicos, sí generan avances biomédicos, tecnológicos y socio-sanitarios, pero como oportunidades de negocio para nuevos "consumidores" más que como oportunidades de servicio inte-

gral a las personas. Y tenemos un modelo sanitario centrado en el Hospital, y es difícil de reorientar, pero el Hospital no es en absoluto la respuesta sanitaria que precisan ni desean las personas mayores que necesitan servicios sanitarios.

Las experiencias en distintos países a la hora de buscar estrategias para mejorar el cuidado de las personas mayores

Francia ha optado por la economía del “servicio a la persona”, habiendo generado más de 330.000 empleos desde 2005 tras poner en marcha una medida incentivadora: 50% de los gastos incurridos en este tipo de actividad son directamente reducidos del IRPF.

Los valores del modelo nórdico entienden que el estado debe cubrir las necesidades básicas de la ciudadanía. La asistencia sanitaria y social universal y gratuita. No hay cultura de asistencia informal por parte de los familiares. Los objetivos es que las personas mayores y personas con dependencia, están orientados a mantenerlas en su domicilio. La competencia de ejecutar el modelo es municipal.

En Japón la solución robótica, por su parte, ha sido la elección del Gobierno japonés, obligado por sus circunstancias demográficas y su rechazo a la inmigración. En 2025 el país asiático tendrá un 30% de mayores de 65 años entre la población total. Dentro de la iniciativa Sociedad 5.0, el Gobierno ha decidido impulsar una política que aumente la aceptación por parte de la comunidad de nuevos robots de ayuda de forma que cada cuatro de cinco personas mayores los esté utilizando ya en 2020. Los

rápidos avances tecnológicos ofrecen grandes oportunidades pero no soluciones definitivas.

En España tenemos un modelo social con menores gastos en asistencia y con un fuerte desembolso en pensiones, caracterizado por una pirámide poblacional muy envejecida y sostenida por vínculos y redes familiares. Un modelo que fomenta la atención y los cuidados informales y que la responsabilidad la asuma la familia. Con una falta de recursos, falta de profesionalización y precarización del sector de los cuidados a domicilio. Como en otros países de la Europa continental, contamos con servicios sanitarios municipales de ayuda en domicilio. Estos sólo cubren parcialmente una pequeña parte de las necesidades. Por otro lado, contamos con las ayudas económicas del Gobierno, surgidas de la Ley de dependencia; estas ayudas tienen un principio de contención del gasto, permitiendo únicamente financiar una parte de los servicios con la intención de que el usuario co-financie. No obstante, los usuarios tienden a solicitar más la prestación económica que los servicios profesionalizados, siendo este un punto débil del modelo. No debemos obviar que se carece de algunas estructuras y servicios desarrollados entre ellas, viviendas tuteladas o apartamentos con servicios específicos para personas mayores o el desarrollo de empresas que presten servicios integrales a domicilio y que den respuesta a las necesidades específicas de cada persona.

En cuanto al modelo de atención sanitaria, el modelo actual NO da respuesta adecuada a las necesidades. En primer lugar, la atención ha de prestarse fundamentalmente en la comunidad y en el domicilio de las personas por proximidad física y psicológica y se ha de evi-

tar el fraccionamiento de la atención y favorecer la longitudinalidad. Los Equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud han de evolucionar, el equipo de profesionales ha de ser y trabajar de forma más interdisciplinar y, por ejemplo, contar con fisioterapeutas propios. Se ha de avanzar en el objetivo de que las enfermeras de familia desarrollen toda su capacidad competencial y puedan ser el referente en la atención sanitaria de estas personas con el apoyo del médico de familia del paciente. Para esto, en la organización del trabajo diario en el centro es imprescindible la priorización de la atención en el domicilio. Si puede ser, disponer diariamente de parte del horario laboral para atender pacientes en domicilio y para seguimiento telefónico o para la coordinación interdisciplinar. También es fundamental que entre los profesionales del EAP se desarrollen los roles de “expertos o consultores interno” que puedan dar apoyo a sus compañeros, en el ámbito enfermero como gestión de casos y en el médico como referente en la atención de procesos complejos y apoyo en la atención a domicilio para poder dar una respuesta ágil, en la comunidad, a los pacientes con complicaciones que requieren de una atención más intensa y diaria hasta su estabilización (como si fuera lo que en el ámbito hospitalario definen como ingreso en domicilio). También es necesario desarrollar los servicios de atención continuada/urgencias de Atención Primaria, dotándolos de la máxima capacidad diagnóstica y terapéutica (en Catalunya la fórmula son los Centros de Urgencias de Atención Primaria CUAPs) y desarrollar unidades supra Área Básica de Salud que den respuesta telefónica sanitaria y atención a domicilio fuera del horario de las EAP, pero específicos para este colectivo de personas.

Ser médicos o enfermeras de atención primaria consiste, precisamente, en manejar situaciones complejas, desde una perspectiva global. El manejo de un paciente que acumula varias patologías orgánicas evolucionadas debe encontrar en el equipo de atención primaria a este profesional que, sabiendo un poco de todo es capaz evaluar interacciones, priorizar necesidades y hacer planes de cuidados integrados.

Aspectos éticos

Muchos son los retos éticos en el cuidado de las personas mayores como la competencia y el reto de respetar las decisiones, el consentimiento informado en personas mayores, el respeto a la intimidad y el deber de confidencialidad de los profesionales, las sujeciones físicas, los malos tratos o tratos inadecuados, la obstinación terapéutica o la muerte digna entre otros. Seguro que a lo largo de las distintas intervenciones de la Jornada, todos serán abordados acertadamente.

A continuación, expongo mi punto de vista sobre algunos de ellos.

→ La voluntad del paciente

En primer lugar, está el gran reto de respetar las decisiones del paciente, que muchas veces decide “no seguir lo que le recomendamos”, sin caer en el abandono. Tenemos el deber de no abandonar. Esta es una situación para la que no estamos demasiado preparados, y si el paciente percibe por nuestra reacción que le reñimos o que no le atendemos bien, nos dirá lo que queremos oír, y todo ello se trans-

formará en un gran engaño. Hay que abordar con sinceridad, lealtad y respeto, la capacidad y la voluntad del paciente a la hora de hacer cambios en su manera de vivir y pactar su factibilidad. Si no hace el tratamiento o no piensa hacerlo, más vale saberlo de entrada y aceptarlo.

En muchos casos, dado que muchos de los pacientes mayores no ven bien, no oyen mucho, no se mueven con agilidad y el deterioro cognitivo va evolucionando, llega un momento en que te das cuenta de que no se pueden hacer cargo de sí mismos o necesitan ayuda externa porque se hacen un lío con los medicamentos... Y, muchos, no lo quieren reconocer. Este también es un dilema: la competencia para tomar las decisiones. ¿Cómo saber cuando hemos llegado al límite? ¿En qué momento debemos decidir actuar por sustitución? ¿Cuándo saltarnos el deber de secreto y contactar con los hijos o el asistente social, en beneficio del paciente?

→ **El dilema final**

Aunque pocos pacientes tienen un documento de voluntades anticipadas (DVA) escrito, los médicos de cabecera conocemos en muchos casos cuáles son sus voluntades, porque, con los años, de estas cosas hablamos en la consulta. El problema se presenta a la hora de cumplirlas. Casi todo el mundo desea tres cosas: no sufrir, no dar trabajo y estar en su casa. El de no sufrir dolor o síntomas físicos (el sufrimiento moral es otra cosa) es el más fácil de abordar. El tema de no dar trabajo ya es más complicado. Muchas veces, el paciente tiene un alto nivel de dependencia

y necesita cuidados, y no tiene a nadie de quien recibirlos. Los hijos no pueden, o no están, o no hay. La pareja es frágil o no hay. Desgraciadamente, más veces de las que desearíamos, un paciente acaba muriendo en un hospital o pasando los últimos años de su vida en una residencia, porque no está resuelto el tema del cuidador.

→ **La muerte**

Estar muriendo, estar en la fase final de la vida es algo más que un hecho biológico y médico. Es una experiencia humana radical para quien la vive, y para quien cuida y acompaña al paciente. Algunas de las cuestiones éticas más desafiantes están presentes en el momento del cuidado y la toma de decisiones sobre las personas al final de la vida.

→ **Marco deontológico actual**

“El médico debe tener en cuenta que el enfermo tiene el derecho de rechazar el tratamiento para prolongar la vida”. “El objetivo de la atención a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar ni alargar su vida, sino el promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la situación de agonía debe pretender evitar el sufrimiento y la angustia”. “El médico nunca provocará intencionalmente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”. “La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta Sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o por delegación”.

La atención longitudinal que prestamos a lo largo de la vida nos sitúa, como médicos de familia, en un lugar adecuado para prestar una atención de calidad técnica y humana cuando la vida se acaba. Disponemos de competencias técnicas, de amplia información sobre la biografía del paciente, tanto biológica, como social o familiar, incluyendo sus valores, preferencias y expectativas. Tenemos una relación de confianza tejida a lo largo de años y de múltiples y diversas situaciones.

Como médicos de familia, la consideración para nuestros pacientes nos obliga a conocer sus valores, a conocer qué cuestiones otorgan sentido a sus vidas, a colaborar en su promoción, a deliberar sobre los planes de cuidado y a considerar con respeto sus decisiones aunque sean diferentes de las que nosotros habríamos tomado.

Como siempre, hay que centrarse en el paciente, teniendo en cuenta en este caso su fragilidad extrema y su gran dependencia, circunstancias que lo ponen en una situación de máxima asimetría tanto en las relaciones sociales como en las relaciones con los sanitarios. Sin embargo, su valor como persona y su dignidad no se modifican.

→ **La conspiración del silencio**

En nuestro entorno cultural, a menudo, la familia quiere proteger al paciente ocultando un diagnóstico de mal pronóstico. Toda la familia “conspira” para conseguir que el paciente no conozca la verdad. Y lo hace con la intención de evitarle un sufrimiento excesivo al paciente. Debemos procurar conseguir que la familia se conven-

za de facilitarle al paciente la información que necesite; en último término, nuestra primera lealtad es hacia el paciente y si es necesario, tendremos que manifestar a la familia que no podemos negarle al paciente una información que le pertenece. En resumen, el paciente tiene derecho a saber la verdad, pero no está obligado a ser informado de ¡toda la verdad!

→ **La obstinación terapéutica**

La obstinación terapéutica consiste en utilizar medidas diagnósticas o terapéuticas que no produzcan ningún beneficio o con beneficios tan limitados que puedan considerarse fútiles. De hecho, puede comenzar mucho antes de que la muerte se acerque: ya en la fase de envejecimiento de la persona. A menudo está influida por las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el entorno “curativo”, la falta de formación, las demandas de paciente y familia o la presión para el uso de tecnología.

Entre sus consecuencias podemos destacar la frustración de profesionales y pacientes, la ineficiencia por uso inadecuado de recursos y, sobre todo, la probable maleficencia sobre el paciente (los efectos secundarios de nuestras actuaciones).

La obstinación terapéutica tiene una connotación claramente relacionada con la tecnología y el ámbito hospitalario. En este entorno, a menudo la última etapa de la vida se acompaña de un importante uso de recursos: humanos, tecnológicos y farmacológicos. Muchas veces, esta tendencia a “hacer” en lugar de “acompañar” contagia la actuación de la Atención Primaria; en

ella el empeño tiene un claro equivalente en el uso inadecuado de los servicios hospitalarios, particularmente los de urgencias, así como el mantenimiento de medicamentos que han dejado de tener sentido (por ejemplo hipolipemiantes).

También serían buenos ejemplos de obstinación terapéutica en el domicilio del paciente el tratamiento etiológico de infecciones sobrevenidas o, incluso, el uso de medidas paliativas innecesarias (morfina con dolor controlado y sin disnea, sedación en paciente que no la pide ni necesita, etc.¹

→ La Eutanasia

El debate sobre la Eutanasia es un debate difícil, radical y que en muy pocos países se ha desarrollado y legislado como derecho. La política ha de saber reflejar la realidad social en cada momento y legislar en consecuencia. Aunque nunca será compartido por todos.

En las definiciones entorno a este tema, con mucha frecuencia nos encontramos con polisemias, por lo que reviso las definiciones de 4 conceptos relacionados.

- **Eutanasia:** Aunque la palabra procede del griego y significa literalmente “buena muerte”, actualmente la definimos como *“Acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o*

psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, a fin de causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora para evitarle más sufrimiento”.

- **Suicidio asistido o auxilio al suicidio:** *“Acción de una persona que padece una enfermedad irreversible para acabar con su vida y que cuenta con la ayuda de otra persona que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo”.* Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido.
- **Limitación del esfuerzo terapéutico:** *“Abandono o no inicio de tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida”.* Actualmente se habla más de adecuación del esfuerzo terapéutico.
- **Sedación en la agonía (o terminal):** *“Consiste en la disminución deliberada de la conciencia del paciente con administración de fármacos que producen sedación profunda, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible, provocado por síntomas refractarios a otros tratamientos”.* La sedación es un recurso terapéutico más y, por tanto, éticamente neutro. Lo que hace que sea aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica. La buena práctica implica conocer las indicaciones: sufrimiento refractario en momentos cercanos a la muerte. Hay que conocer los tipos y dosis de fármacos a usar y ajustar las dosis.

¹ “ACOMPañAR HASTA LA MUERTE”, Camfic, Grupo de Ética. http://gestor.camfic.cat/uploads/item_543_EBLOG_1856.pdf

En el documento también incorporo reflexiones del Grupo de Ética de la Camfic, y de distintos compañeros del mismo: Dra. Marquet, Dr. Reguant y Dra. Fernández de Sanmamed

Muchos son los argumentos, religiosos y éticos para no despenalizar la eutanasia pero el principal argumento a favor de la despenalización y de la legalización de la eutanasia/suicidio asistido se basa en la autodeterminación de los ciudadanos libres. En una sociedad moderna en la que existe diversidad de pareceres sobre cuestiones morales, las leyes no deberían impedir a los habitantes de un determinado país el decidir cuándo consideran que su vida carece ya de sentido y, por tanto, la posibilidad de elegir el momento de ponerle fin. No se trata de imponer nada a nadie, sino de permitir que cada uno pueda escoger según su conciencia; y, por tanto, que aquellos que llegados a un estado crítico de salud quieran acabar con sus vidas, tengan el derecho de hacerlo. El debate está servido.

Conclusiones

El futuro de los cuidados de las personas mayores y, especialmente, las dependientes no está resuelto, continúa siendo un reto. Es trascendente que a todos los niveles se siga reflexionando y trabajando para mejorar el cuidado de las personas mayores, con la definición de un modelo que sea abordado desde las diferentes dimensiones, que pase por el incremento de los recursos sociales, la profesionalización de las personas cuidadoras y la reorientación de los servicios sanitarios, hacia la Atención Primaria, dotándolos de recursos. Los datos demográficos, continúan indicando que estas necesidades serán crecientes, i por ello es necesario definir un modelo transversal, coordinado i desarrollado desde

la cercanía. Con el objetivo puesto en garantizar calidad de vida de nuestros mayores, atendiendo al objetivo de facilitar que si este es su deseo, la persona mayor pueda seguir viviendo en la comunidad y solo restringir las necesidades de institucionalizar en situaciones excepcionales. El papel de la familia es importante , pero esta ha de contar con más apoyo de las Administraciones, que ayude a garantizar la igualdad de oportunidades.

La calidad de vida, evidentemente también pasa por sus últimas decisiones, que desde esta vertiente de cercanía, de conocimiento que permite la Atención Primaria desarrolla un nivel que puede ayudar a la autodeterminación de los ciudadanos. Son múltiples los aspectos éticos en el cuidado de las personas mayores y esencial que impregnen todas las dimensiones del mismo.

Castelldefels, Septiembre 2018

10:30 MESA REDONDA



118 → 130
33 → 34

La mirada a la ancianidad desde...

MODERADORA → IRENE ESPERÓN RODRÍGUEZ
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Buenos días,

Mi nombre es Irene Esperón Rodríguez, pertenezco al Consello de Bioética de Galicia y al Comité de Ética de la EOXI de Vigo.

Tengo el honor hoy de moderar la primera mesa de estas Jornadas en las que nos hemos propuesto una intensa Jornada de Reflexión acerca de la Bioética en el colectivo de las personas ancianas. Nuestro interés surge de la necesidad de dirigir la mirada desde el prisma ético a un colectivo que, por sus características y circunstancias, precisa de consideraciones especiales.

Los avances médicos han permitido en el último siglo aumentar la supervivencia de la población, cada vez hay más personas longevas, que suponen un reto para la Sanidad Pública, tanto desde el punto de vista asistencial como de planificación sanitaria. Es en este contexto donde necesariamente la Bioética ha de "inspirar" e "iluminar" todos estos procesos.

Agradezco a las personas que darán sentido a esta mesa el que estén hoy aquí, gracias en nombre de todo el Consello por aceptar nuestra invitación. A través de ellos dirigiremos la mirada en el ámbito que nos ocupa desde el Servicio Gallego de Salud, en la persona de María Sinda Blanco Lobeiras; desde la Geriatria con Xosé Manuel Veiga Andión y Rocío Malfeito Jiménez; y desde la Investigación Universitaria con José Carlos Calenti.

Brevemente os los presento:

María Sinda Blanco Lobeiras. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Durante más de 20 años ejerce como

médica de familia dentro del SERGAS en distintos dispositivos sanitarios. De 2009 hasta la actualidad ha ocupado distintos cargos de responsabilidad dentro del SERGAS en el área de Santiago de Compostela, siendo actualmente Subdirectora Xeral de Planificación Asistencial da Consellería de Sanidade de Galicia.

Xosé Manuel Vega Andión. Médico especialista en Geriatria. Desde el 2008 y hasta la actualidad desempeña su labor en la EOXI de Vigo.

Rocío Malfeito Jiménez. Médico especialista en Geriatria. Desde el 2008 y hasta la actualidad desempeña su labor en la EOXI de Vigo.

José Carlos Millán Calenti. Catedrático de Geriatria y Gerontología y director del grupo de investigación en Gerontología de la Universidade da Coruña (UDC). Investigador principal de 48 proyectos de concurrencia competitiva de los cuales 7 han sido internacionales. Además, es director asistencial del Complejo Gerontológico La Milagrosa.



119 → 123
35 → 41

1.1...El Servicio Gallego de Salud

RELATORA → MARÍA SINDA BLANCO LOBEIRAS

Galicia está, en el momento actual, entre las poblaciones más longevas del mundo.

La longevidad, se incrementó de manera muy importante a lo largo del pasado siglo, y en el que llevamos de este, en nuestra comunidad autónoma.

El envejecimiento de nuestra población es de los más altos de España y Europa. Y además, segundo indican las proyecciones, dicho envejecimiento poblacional continuará aumentando en los próximos años .

En el año 2017, la población de 65 o más años era en Galicia de 24,6 % (frente el 19% del Estado).Las proyecciones para lo 2031 sitúan esos porcentajes en el 31,3 para Galicia y en el 25,6 para todo el Estado. Por lo tanto, Galicia está hoy en una situación similar a la que tendrá España dentro de más de 10 años.

La esperanza de vida de la población gallega a los 65 años es aún de 21,2 años, siendo 19,0 para los hombres y 23,1 para las mujeres.

El índice de envejecimiento sufrirá también un incremento progresivo en los próximos años: desde 153,7 del año 2016, hasta 232,7 que nos indican las proyecciones para el año 2031.

Por lo tanto, el envejecimiento progresivo de los gallegos es un hecho incuestionable.

Sería un prejuicio considerar que las personas ancianas son todas personas enfermas o con discapacidades -edad no

es sinónimo de enfermedad-, pero es cierto que la edad va emparejada con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, polimedicación, fragilidad....

De hecho, en la Encuesta Nacional de Salud 2017, la percepción de un estado de salud positivo es menor a mayor edad. Si entre los 25 y los 64 años el 75,3% de la población tiene una percepción favorable de su salud, en el grupo de 65 y más años este porcentaje baja al 45,38%. Además, la mayor parte de las enfermedades o problemas de salud autodeclarados aumentan con la edad, con un escalón importante también a partir de los 65 años.

Por otra parte, en Galicia, el 22,48% de las personas declaran limitación para las actividades cotidianas nos últimos seis meses, y el 66,41% indican que consumieron medicamentos en las dos últimas semanas.

La información de la estructura demográfica es fundamental para las tareas de planificación estratégica de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud, que están trabajando hacia la necesaria adaptación organizativa del sistema sanitario la esta realidad del envejecimiento poblacional y del peso social de la ancianidad.

Así,

El documento estratégico del Servicio Gallego de Salud, la ESTRATEGIA SERGAS 2020, re-

coge aspectos con importantes repercusiones en la atención a las personas ancianas.

La línea estratégica de atención integral adaptada a las necesidades de los pacientes, familiares y cuidadores, recoge como primero punto a puesta en valor de la atención primaria. La atención a las personas de edad ocupan una buena parte de la jornada de trabajo del personal de este nivel asistencial.

Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en las intervenciones comunitarias está recogido en los planteamientos estratégicos. Es por esto que uno de los indicadores de los Acuerdos de Gestión (ADX) del 2018 es que en cada servicio de atención primaria se realice un proyecto de intervención comunitaria. Estos programas de intervención coordinan al sistema sanitario con el ámbito local de la comunidad, interrelacionando el sistema sanitario, social, local y el tercer sector. En lo que va de año 2018 en todas las áreas sanitarias se llevaron a cabo programas de intervención comunitaria. A modo de ejemplo, se llevó a cabo una intervención comunitaria en la zona del Nóvoa Santos y el Couto en Ourense denominada "Salubrízate". Los objetivos fueron a mejorar la capacidad física y mental de las personas mayores y disminuir las enfermedades cardiovasculares y la soledad. Para eso, se organizaron charlas sucesivas de paseos saludables por la ciudad. El proyecto tuvo una amplia participación y se encuentra en la fase de evaluación.

Otra línea estratégica se dirige a mejorar la consideración y accesibilidad en la prestación de los servicios, y para esto se elaboró un manual de autoevaluación del trato y la informa-

ción que se de la a los usuarios en los servicios asistenciales.

El Punto de atención móvil es otra medida puesta en marcha para mejorar la accesibilidad. Es un dispositivo de utilidad cuando un centro de salud esté en obras, cuando sea preciso resolver aumentos de las demandas estacionales, realizar programas especiales para completar procesos asistenciales que no dispongan en el centro y para darles formación a los profesionales o a los pacientes.

En el desarrollo de la línea estratégica de Orientar la estructura de prestación de servicios hacia las necesidades de los pacientes. Atención a la cronicidad, se elaboró la **Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad**, que centra la atención a estos pacientes en la atención primaria de salud y se basa en los siguientes principios:

1. Elaboración de un plan individualizado de atención integral.
2. Orientación de la organización sanitaria a una visión sociosanitaria e integral en el abordaje de la cronicidad.
3. El nombramiento de un profesional o equipo de referencia para cada paciente, que será responsable de su seguimiento.
4. Proactividad del sistema.
5. Corresponsabilidad del paciente.

El desarrollo del Plan individualizado de atención integral requiere la realización de una valoración sociosanitaria integral y multidimensional que incluye valoraciones clínica, funcional, cognitiva y social y de los cuidados.

Además, en el año 2017 se inició la implantación de un modelo de seguimiento teleasistido

de pacientes crónicos a través de la plataforma tecnológica TELEA, que permite realizar un seguimiento continuo de la situación clínica del paciente y adelantarse a posibles episodios de agravamiento de la enfermedad.

Estratificación de riesgo de los pacientes.. El estratificador poblacional actual del Sergas clasifica a los pacientes en función de parámetros relacionados con el consumo de recursos en atención primaria y hospitalaria y se está aun trabajando sobre el mismo para mejorarlo.

En psicogeriatría, la ESTRATEGIA SERGAS 2020 recoge la dotación en cada área sanitario de una Unidad de salud mental de referencia para la atención a las enfermedades mentales de especial complejidad en mayores de 65 años, con criterios unificados de atención para homogeneizar la asistencia. Actualmente, se está trabajando en el **Plan estratégico de salud mental 2017-2020**.

En el ámbito de los cuidados paliativos se modificó la composición de la Comisión Gallega de Cuidados Paliativos, para dar cabida a todos los agentes implicados en la atención paliativa (internistas, oncólogos, neurólogos, HADO, médicos de familia, farmacéuticos, pediatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, facultativos del 061, personal de la Consellería de Política Social, etc). Se están definiendo las actividades formativas del bienio 2018-2019. Se organizaron actividades formativas, para diseminar el Documento de instrucciones previas en los servicios hospitalarios y centros de salud y se hicieron cursos de comunicación en cuidados paliativos para profesionales. Se va a crear un grupo de trabajo para elaborar la nueva Estrategia de atención a los cuidados paliativos.

En **Hospitalización a Domicilio (HADO)** se incrementaron el número de equipos y unidades, y todas ellas disponen ya de una versión de la historia clínica electrónica para consultarla y escribir en ella desde el domicilio del paciente. Además, se está trabajando en un **Plan estratégico de hospitalización a domicilio** cuyo objetivo principal es la normalización y homogeneización de la atención.

Disponemos también de una **Guía farmacoterapéutica para centros sociosanitarios** que contribuye a la seguridad, homogeneidad y eficiencia en el uso de fármacos en ese ámbito.

Para la atención a pacientes con enfermedades neurodegenerativas se elaboró el **Proceso asistencial integrado de la esclerosis lateral amiotrófica**, que aborda el seguimiento de la enfermedad desde un punto de vista integral y que es fruto de la colaboración entre las Consellerías de Política Social y Sanidad y las asociaciones de pacientes.

En la **atención a pacientes con ictus** desde el año 2016 contamos con un **Plan de asistencia al ictus en Galicia (PLANICTUS)** y en el año 2017 constituyera la comisión para su seguimiento.

En los aspectos de Calidad y seguridad en la atención, uno de los principales retos éticos de la asistencia sanitaria, se realizó una evaluación de la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y se implantó una aplicación de vigilancia de la infección nosocomial en los hospitales. En el desarrollo de la estrategia de higiene de manos se realizan todos los años cursos dirigidos a profesionales sanitarios. Además, están implantados en todas las unidades de cuidados críticos los programas zero para bacteriemia, neumonía, infección urinaria y resistencia.

Se puso en marcha un sistema de notificación de eventos adversos. El **SiNASP** es un Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente, que se extiende a la atención primaria.

Renovación tecnológica: se modernizaron algunos de los equipamientos sanitarios para obtener una mayor eficiencia diagnóstica y terapéutica.

Estructura: Se hicieron actuaciones de reforma, modernización y ampliación de centros de salud y hospitales para adecuar las infraestructuras e instalaciones a las necesidades y requerimientos actuales y mismo hubo nuevas construcciones.

Existen muchas otras herramientas (el programa Conecta 72, la consulta telefónica de atención primaria, la plataforma *É-Saúde*, el servicio *ollo cos ollos*, el programa *úlceras fóra*, o el programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos y polimedicados...), la *teleasistencia*, las *e-consultas*, disponibles, mejoran la atención y el acceso de los ciudadanos al sistema sanitario. En esta ponencia os presentamos algunas de las últimas actuaciones desarrolladas. No obstante, decir hay transversalidad en el trabajo o entre diferentes consellerías y departamentos.

Desde Política Social cabe destacar la publicación de la Estrategia Gallega del Envejecimiento activo desde la Innovación 2016-2020.

BIBLIOGRAFÍA

Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2018. [citado 27 setembro 2018]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Farmacologia/PDF-2668-es.pdf>

Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Plan de asistencia ao ictus en Galicia (PLANICTUS). Santiago de

Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade; 2016. [citado 27 setembro 2018]. Disponible en: http://intranet/DOCUMENTOSAsistencia_Sanitaria/201611/PLAN_DE_ASISTENCIA_AO_ICTUS_EN_GALICIA_def_2_20161102_080455_9253.pdf

Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Estratexia Sergas 2020. [citado 27 setembro 2018]. Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRA-TEXIA_2020_280316_gal.pdf

Decreto 181/2016, do 9 de decembro, polo que se modifica o Decreto 181/2010, do 21 de outubro, polo que se crea a Comisión Galega de Coidados Paliativos. Diario Oficial de Galicia, n.º 243, (22 de decembro de 2016). [citado 27 setembro 2018]. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2016/20161222/AnuncioC3K1-161216-0001_gl.html

Instituto Galego de Estatística (IGE). [citado 1 febreiro 2018]. Disponible en: <https://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=gl>

Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 1 febreiro 2018]. Disponible en: <https://www.ine.es/welcome.shtml>

Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social; 2018. [citado 27 setembro 2018]. Disponible en: <https://www.msccs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

1.2 ...El servicio de geriatría de la Eoxi de Vigo

RELATOR → XOSÉ MANUEL VEGA ANDIÓN

Ponencia no disponible

123 → 126

43 → 47

1.3...El servicio de geriatría de la Eoxi de Lugo, Cervo y Monforte de Lemos

RELATORA → ROCÍO MALFEITO JIMÉNEZ

Proyecto asistencial del paciente institucionalizado

El Servicio de Geriatría de Lugo, lleva casi 30 años cuidando de la salud de nuestros mayo-



res. Al inicio, solo constaba de una Unidad de Agudos en dónde se atendía al paciente con una enfermedad que precisaba atención hospitalaria, una Consulta que se nutría de pacientes derivados de Atención Primaria y un hospital d Día con un fin rehabilitador. Con los años, apareció la Unidad de Media Estancia(UME), dónde principalmente se realizaba rehabilitación y estabilización de enfermedades, de pacientes que venían de Servicios Quirúrgicos. En el 2010, comenzamos a manejar pacientes quirúrgicos como interconsultores.

Actualmente y dado que ha cambiado el perfil del paciente y que priorizamos la atención ambulatoria, realizamos valoración de fragilidad en pacientes que van a ser valorados para intervenciones quirúrgicas (TAVI, endoprótesis Aórtica...) y tratamientos oncológicos.

Un alto porcentaje de los ingresos eran pacientes institucionalizados, que con cada ingreso sufrían un mayor deterioro, con complicaciones y reingresos múltiples, haciendo al paciente cada vez más vulnerable.

La vulnerabilidad hace referencia a la condición de desventaja en que se encuentra un sujeto, comunidad, o sistema ante una amenaza y la falta de recursos necesarios para superar el daño causado. Implica necesariamente el enfrentamiento a una situación de riesgo, sin embargo, una situación de riesgo no es sinónimo de vulnerabilidad.

Fragilidad: Síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas de las personas mayores en situación de estrés, como consecuencia del desgaste acumulativo de los sistemas fisiológicos, provocando un mayor riesgo

de sufrir efectos adversos para la salud, como caídas, incapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La prevalencia en mayores de 65 años es de 7-12%

Según datos del Registro Continuo(INE) a 1 de Enero del 2017, en España hay 8.764.204 personas mayores (65 años o más), el 18,8% de la población total. Para el año 2066 habrá más de 14 millones de adultos mayores, representando el 34,6% de la población total.

El buen cuidado de los ancianos depende de que se cuente con recursos suficientes. Y las residencias son uno de las más importantes, aunque se recomienda que el anciano debe permanecer el mayor tiempo posible en su entorno habitual, a veces no es posible, y es cuando estos centros son necesarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda cinco plazas residenciales por cada cien personas mayores de 65 años. En la comunidad gallega hay 665.939 personas en esa franja de edad. Un 5% se correspondería con 33000. Las vacantes residenciales, se sitúan en torno a las 21000, lo que deja claro, que se necesitarían otras 12000 para alcanzar esta proporción.

En la provincia de Lugo el ratio es de casi 4 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años y en La Coruña , no llega a 3 plazas por cada 100 mayores de 65 años.

El principal objetivo por tanto se centra en promover un envejecimiento activo, encontrar una medida de detección del estado de prefragilidad, aumentando así la seguridad de las personas mayores, permitiendo su continuidad en su propio entorno de vida re-

trasando la situación de discapacidad-dependencia.

La situación de vulnerabilidad en la que se encuentran familiares y ancianos (física, económica, psicológica, y social) contribuye a la institucionalización de los mayores. El incremento del envejecimiento y la necesidad de cuidados especiales en pacientes con enfermedades crónicas que presentan descompensaciones, los cambios producidos en las familias (ampliación de roles), la inadecuación de las viviendas y la inexistencia de alternativas a la institucionalización, son factores que influyen en el incremento de los ingresos de los ancianos en residencias.

Desde hace unos meses, pusimos en marcha un proyecto de integración asistencial del paciente institucionalizado que tiene como objetivo ser proactivos y así mejorar la calidad de vida, evitar pruebas diagnósticas e ingresos, muchas veces innecesarios y que merman la funcionalidad del paciente y no aportan beneficios.

Decidimos estratificar la población de cada residencia por criterios de fragilidad y hacer un diagnóstico situacional, de tal manera, que aquellos pacientes que presentaban una fragilidad avanzada, con mal pronóstico a corto plazo, se consensuaba un plan de cuidados entre la familia, el médico e la residencia y nuestro Servicio. En los pacientes que presentaban fragilidad leve y moderado, se hizo una revisión de problemas y de fármacos, para intentar hacer prevención de posibles descompensaciones de sus enfermedades o aparición de síndromes geriátricos, es decir que a través de la valoración geriátrica integral, intentamos detectar la prefragilidad.

Teniendo como eje regulador el Hospital de Día, comenzamos con visitas programadas semanalmente durante los tres primeros meses a cuatro residencias con el sistema de farmacia hospitalaria integrado, dónde fuimos captando al paciente y los estratificamos por criterios de fragilidad, detectando problemas y descompensaciones e intentando el manejo en la residencia. Establecimos circuitos de derivación directa al Hospital de Día en aquellos pacientes que precisaban pruebas específicas o en aquellos con mala evolución para valorar actitud diagnóstica o ingreso hospitalario.

El objetivo general del proyecto es mejorar la calidad asistencial del paciente institucionalizado, y ser proactivos, procurando anticiparse al deterioro. Para ello, tratamos de mejorar la coordinación de los diferentes especialistas, Médicos de Atención Primaria, Médico de Residencia y geriatras con el fin de disminuir la estancia media y el número de ingresos, además de las asistencias a urgencias que conllevan a un deterioro cada vez mayor de éstos pacientes que muchas veces acuden solos.

El resultado conseguido hasta el momento es una reducción del 20% de número de ingresos, del 30% en la estancia media y del 50% del número de reingresos en el primer mes en nuestro Servicio.

Con las visitas a las Residencias se objetiva un incremento de las consultas del paciente in situ, con la consiguiente reducción de las consultas hospitalarias.

Además mejoró la gestión del paciente en la asistencia a urgencias, con una mejoría en la comunicación entre los diferentes profesionales.

Establecimos la necesidad de la instauración de planes de cuidado en pacientes con fragilidad avanzada y vimos que aproximadamente un total de 100 pacientes en las cuatro residencias, no se beneficiarían del traslado al hospital, adecuando así el esfuerzo terapéutico.

En una segunda fase, tras la implantación del sistema informático en las residencias, se podría hacer Telesistencia y comunicación asíncrona.

(Médicos, Biólogos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Enfermeras, Logopedas, Nutricionistas, ...).

Hasta el momento el GIG ha participado en 47 proyectos de investigación de los cuales 7 han sido internacionales, 9 nacionales y 31 referidos a la CC.AA. gallega, por un total de 2.352.202,67€, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de nuestras principales líneas de trabajo:

- Enfermedades neurodegenerativas: demencias y Enfermedad de Alzheimer.
- Intervención no farmacológica en personas con fragilidad y/o dependencia.
- Estudios epidemiológicos de base poblacional.

C 126 → 130

G 48 → 56



1.4...La investigación universitaria(UDC) en gerontología

RELATOR → JOSÉ CARLOS MILLÁN CALENTI

El Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidad de Coruña

Constituido en el año 1992 (COD00083), el Grupo de Investigación en Gerontología (GIG) de la Universidad de A Coruña (UDC) está integrado en el Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), acreditado por el Instituto de Salud Carlos III; además de ser considerado por la CC.AA. gallega como Grupo de Referencia Competitiva. Coordinador de la Red Gallega de Investigación de la Fragilidad (Frailnet) y miembro de la Red Gallega de Demencias, en la actualidad forman parte de él 15 investigadores provenientes de diferentes disciplinas

Bioética e investigación

Ética e investigación son dos conceptos íntimamente relacionados, ya que la primera no existiría sin la segunda al estar fundamentada en el conocimiento de la conducta humana derivado de la "investigación", tratando de explicar las reglas morales de manera científica; es decir, porqué algo puede catalogarse como "bueno" o "malo".

La **bioética** surge de la ética médica centrada en la relación médico-paciente; serían las pautas de conducta que los médicos deberían mantener frente a sus pacientes; criterio que aplicado al ámbito de la investigación se referiría a la "*conducta que los investigadores deberíamos adoptar frente a los investigados*", en este caso las personas mayores; criterios que deberíamos ampliar no solamente al cara a cara con la persona en la fase experimental,

sino que los principios bioéticos han de estar presentes en todos y cada uno de los aspectos referidos al proyecto, desde su planteamiento hasta su finalización.

El **Código de Ética Médica de Nuremberg** (Código de Nuremberg do Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947 (20/08/1947)) sobre experimentos médicos permitidos, que nace de las deliberaciones de los Juicios de Nuremberg al final de la Segunda Guerra Mundial, en relación al tratamiento inhumano dado por los médicos nazis a los prisioneros de los campos de concentración (investigación médica en humanos incluida), contiene 10 puntos, entre los que destaca como esencial el contar con el *“consentimiento voluntario del sujeto humano”*, que *“el experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad”*, o que *“el experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas”*.

La **Declaración de Helsinki** (1964) adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial y enmendada por posteriores Asambleas Médicas Mundiales (29ª, 35ª, 41ª, 48ª, 52ª, 59ª y 64ª, está última ya del 2013), incluye los 10 puntos de la de Nuremberg a los que incorpora los de la **Declaración de Ginebra** (1948), establece en su punto 6 que *“el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnóstica y terapéuticas”*, haciendo mención a los colectivos vulnerables, a los requisitos científicos y protocolos de investigación que *“han de enviarse para su consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio”*, a la privacidad y con-

fidencialidad y, por último, a la necesidad de que *“la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica ha de ser voluntaria”*. Estableciendo la *“necesidad de priorizar los intereses y el bienestar de las personas por encima de los de la ciencia y los de la sociedad”*. Señalar también que el **Informe Belmont** (30/09/1978), del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE.UU. y titulado *“Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en investigación”*, recoge tres principios fundamentales para la experimentación con humanos:

- **Respeto a las personas:** protegiendo su autonomía y tratándolas con respeto, por supuesto, teniendo en cuenta el consentimiento informado previo.
- **Beneficencia:** maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimicen los riesgos para los sujetos de investigación.
- **Justicia:** usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran adecuadamente (relación coste-beneficio).

A estas declaraciones sumaríamos los principios básicos de la Bioética, de todos conocidos y que simplemente enumero: Principio de autonomía o de libertad de decisión, principio de beneficencia y no maleficencia y principio de justicia.

Señalar que además como profesionales de las Ciencias de la Salud, estamos sometidos a los **códigos deontológicos de la profesión** que recogen los deberes y obligaciones morales propios de la profesión, siendo en muchas ocasiones códigos de naturaleza ético-jurídica.

ca, como lo es el de la medicina; existiendo elementos legislativos sobre la responsabilidad profesional que también guían acerca de la conducta a tener en el desempeño de nuestras atribuciones (Constitución Española, Ley General de Sanidad, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad,...).

Para que dichos principios bioéticos referidos a la investigación se cumplan, es necesario solicitar autorización previa al proyecto al **Comité de Bioética de Galicia**, aunque en la Universidad de A Coruña existe un **Comité de Ética de la Investigación y la Docencia** que se ocupa de autorizar protocolos en los que tenga competencia. Pero, además, la propia formación del investigador, como puede ser el caso de un programa doctoral como el de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña, exige que el doctorando solicite autorización al Comité de Bioética de Galicia para poner en marcha su proyecto de tesis doctoral, situación que desde luego es necesaria en cualquier convocatoria de ámbito autonómico, nacional e internacional. Señalar, además, que la publicación científica en las revistas denominadas como de alto impacto (Journal Citation report) no aceptarán ningún artículo que no incluya una frase o párrafo que recoja las consideraciones éticas del trabajo realizado, del tipo: "Ethical approval was given by the Ethics Committee of XX and was in conformity with the principles embodied in the Declaration of Helsinki. Research participants signed informed consent form before enrollment".

Investigar con personas mayores

En este apartado, nos referiremos tanto a los aspectos éticos de la propia investigación,

como a las consecuencias de la misma sobre las personas mayores, cuando dichos criterios no son escrupulosamente incorporados en el desarrollo de la investigación.

Para el establecimiento de los criterios éticos, nos basaremos lógicamente en la normativa y códigos deontológicos vigentes; pero, en cuanto al desarrollo del propio proyecto, entonces no podemos hacer las consideraciones desde el punto de vista de que el proyecto cumple con los criterios éticos, sino que en su devenir, deberemos de irnos planteando aspectos referidos a la manera en que dicha fase de experimentación influye sobre la calidad de vida de la persona investigada en término de molestias generadas por los tiempos de dedicación al proyecto, estado del paciente en el momento de ser sometido a las pruebas, beneficios esperados por la intervención o participación en el proyecto y cualquier otra consideración que en muchas ocasiones el propio paciente no es capaz de transmitir (pacientes con deterioro cognitivo por ejemplo) y los investigadores no son capaces de predecir.

En la investigación con personas mayores que padecen enfermedades neurodegenerativas, el procedimiento del consentimiento informado va a verse limitado por la capacidad del sujeto para entender y actuar en consecuencia, siendo necesario que en muchas ocasiones tengamos que apelar al familiar o responsable, generándose en este caso otro problema, caso de que el "paciente" no haya sido incapacitado legalmente, ya que estaríamos eximiéndole de ser él el que tome la decisión, pasándosela a un familiar que no es el responsable legal. En este caso el problema sería, si es ético considerar dicha autorización o si por el contrario estos sujetos no deberían

ser incorporados a los proyectos hasta que el responsable lo sea legal y por tanto pueda tomar la decisión sobre lo que es mejor para el paciente.

Deberemos distinguir entonces entre la **incapacidad clínica o física** y la **incapacidad jurídica o legal** y concretamente sobre la capacidad de obrar; es decir, poseer capacidad para adquirir y ejercitar derechos y asumir obligaciones, que, por supuesto, dependerá de muchas circunstancias y variables (estado civil, edad) y podrá ser plena o estar restringida. Nace así la **incapacitación judicial**, que, por ejemplo, en el caso de las personas con demencia se basa en el **Documento Sitges** (2009) sobre la *“Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: Reflexiones, derechos y propuestas de evaluación”*, elaborado por la Sociedad Española de Neurología y que se compone de 7 capítulos:

- Capacidad y autogobierno.
- Toma de decisiones en la esfera personal y patrimonial.
- Condiciones neurológicas y neuropsicológicas para ser capaz de tomar decisiones.
- Exploración de las condiciones neurológicas que intervienen en la toma de decisiones.
- Correlación entre el estado neurológico y la capacidad para tomar decisiones.
- Modelo de informe sobre la evaluación de la capacidad de tomar decisiones.
- Recomendaciones del Grupo Sitges.

La pérdida legal de dichas capacidades influirá negativamente en su competencia para decidir

y actuar autónomamente. La persona declarada incapacitada legalmente no podrá comprar, vender, contratar personal, hacer testamento, pedir un préstamo, realizar donaciones, votar, además, se le bloquearán sus cuentas bancarias y puede ser ingresada en una residencia geriátrica en contra de su voluntad, siendo administrados sus bienes por su tutor, que ha de velar por sus intereses patrimoniales y la atención a sus necesidades. Además, la tutela está sometida a diversas medidas de control, como hacer un inventario de bienes de la persona mayor y de sus cuentas, y ha de obtener autorización previa por parte del juez para asuntos económicos trascendentes como vender una propiedad.

De acuerdo a todo lo anterior, es necesario fomentar la cultura de “ejercer” la autonomía antes de que aparezca el problema o enfermedad incapacitante y ahí, documentos como los **testamentos vitales o las voluntades anticipadas** podrían ayudar a que otros actúen de acuerdo a lo que nosotros previamente hemos declarado; en este caso, con respecto a poder ser “sujeto de la muestra” en proyectos de investigación.

Por otro parte y de las normas de bioética se deduce que para poder investigar se ha de presuponer que el investigador está debidamente cualificado, en nuestra sociedad, dicha cualificación viene determinada por la obtención del grado de Doctor; nos plantearíamos entonces si aquellas personas que no han obtenido el grado de doctor o que no están bajo la jerarquía de un doctor, pudieran o debieran investigar. Pregunta que dejo en el aire, ya que hay cantidad de protocolos de investigación desarrollados por profesionales sin la debida acreditación investigadora, que, de alguna

manera, son el pan nuestro de cada día. En este apartado hacer valer la necesidad de que en todos los programas de doctorado o cursos de capacitación para la investigación se añadan aspectos referidos a la bioética.

Conclusiones

Aunque parece que el marco ético y legal en el que nos movemos es lógico y avala la realización de investigación bajo la autorización de los comités de bioética, todavía hay pequeñas lagunas en las que los investigadores tenemos problemas a la hora de establecer que las normas se cumplen al 100%, caso de las personas sin capacidad de decidir no incapacitadas legalmente y por tanto carentes de tutor legal.

Además, tener en cuenta la máxima de que para investigar es necesario tener la formación previa adecuada; es decir, ser Doctor y mi pregunta sería:

...Cantas persoas investigan sen ser doutores?

BIBLIOGRAFÍA

Amor Pan, J. R. (2010). *Bioética y dependencia*. A Coruña: Obra Social Caixa Galicia.

Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of Research. The National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral Research. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> (26/09/2018)

Bergel, S. D. (2015). Diez años de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. *Revista de Bioética*, 23(3), 446-455.

Código de Nuremberg. Traducción adaptada de Mainetti, J.A. (1989), *Ética médica*, Quirón, La Plata, Argentina.

Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM). Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en <https://www.wma.net/es/>

[policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/ \(26/09/2018\)](#)

García Férrez, J. (2003). *Bioética y Personas Mayores*. Madrid: Portal Mayores; 2003; 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003] Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Gracia Guillén, D. (1999). Planteamiento general de la bioética. En *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela. pp. 19-35.

Hardy-Pérez, A. E. & Rovelo-Lima, J. E. (2015). Moral, ética y bioética. *Medicina e Investigación* 3(1), 79-84.

Mercé Boada Rovira y Alfredo Robles Bayón. Documento Sitges. Editorial Glosa, Barcelona, 2009.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. (BOE núm. 274, de 15-11-2002).

López-Azpitarte, E. (2006). Ética en Geriatria. En J. C. Millán Calenti (Comp) *Principios de Geriatria y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. pp. 351-366.

Maseda A, Lorenzo-López, L. (2018). *Bioética en Gerontología*. Máster en Valoración e Intervención en Gerontología y Geriatria. Universidad de A Coruña.

Pascual Barlés, G. (2000). Bioética y centros gerontológicos. *Geriatría*, 16(6), 32-37.

Simón, P. & Barrio, I. M. (2004). *¿Quién decidirá por mí?* Madrid: Triacastela.

WHO/INPEA. (2002). *Missing Voices: Views of older persons on elder abuse*. Ginebra: OMS.

13:00 PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO



130 → 135
57 → 68

Ética, vulnerabilidad y ancianidad

RELADORES → ANA GUILLÉN VILANOVA, MARÍA PONTE GARCÍA E MÓNICA SUÁREZ BERE A
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Por ser la primera en tomar la palabra, empiezo por dar las gracias a mis compañeras de mesa, quienes conmigo quieren agradecer a los miembros del Consello de Bioética de Galicia su participación y su trabajo. Nuestro agradecimiento muy especial al presidente,

sin cuyo impulso y guía intelectual y humana, este documento no sería el que es. Muchas gracias, José Antonio.

En la jornada del Consello de Bioética de Galicia de 2017 os presentamos un bosquejo del documento que estábamos elaborando. Hoy, vemos cumplido nuestro objetivo de haberlo completado y presentároslo por fin.

“Ética, vulnerabilidad y ancianidad”, es el resultado de haber identificado la vulnerabilidad, tópico ético de gran amplitud, en un sector de la población y de haberlo puesto en relación con nuestro entorno.

Permitidnos mostraros algunos datos demográficos de Galicia:

- El 23% de la población tiene más de 65 años, y se estima que alcanzará casi el 30% en el año 2029.
- Cerca de 122.000 personas mayores de 65 años viven solas o con personas de edad similar que son sus cuidadoras.
- En 2016 la pensión media en ambos sexos fue de 1009€ en mayores de 65 a 74 años, 813 euros en personas de 75 a 84 años, y 754 euros en las mayores de 85 años o más. La provincia de Ourense es la que presenta menores pensiones, siendo la de las mujeres inferior a la de los hombres.
- En el año 2017 de las 117.875 personas con algún grado de dependencia casi dos tercios (77.458) superaban los 75 años y eran mayoritariamente mujeres.

- El 42,5% de las personas dependientes vive en municipios de menos de 10.000 habitantes y solo el 24,5% lo hace en municipios de más de 50.000 habitantes.
- El 72,5% de sus cuidadores redujeron sus actividades de ocio o relaciones sociales, un 55,8% hizo lo mismo con su vida familiar, un 38,3% disminuyó su trabajo doméstico y un 25,8% redujo con su trabajo remunerado o estudios.

Y a riesgo de aturdirnos, dejamos aquí los datos estadísticos que por sí solos justifican la decisión ética del Consello de Bioética de Galicia de publicar este documento e interpelar a la ciudadanía, a los profesionales y a los poderes públicos sobre la vulnerabilidad, la ancianidad, el cuidado, la Ética y Galicia.

No obstante, las estadísticas omiten una realidad silenciosa y a la vez imprescindible para completar el panorama de la vulnerabilidad de la población anciana en nuestra sociedad.

Se trata de un documento que suena a la convivencia de cada uno de nosotros con situaciones propias de cuidado de personas vulnerables; que huele a la búsqueda de argumentos desde una razón cordial, en palabras de Adela Cortina, que ve la necesidad de construir una sociedad justa y atenta a los requerimientos de cuidado más allá de las soluciones uniformes, para poder vivir bien nuestra vejez, y también es un documento que sabe a emoción. Y en este punto, tomo prestada una carta de M.A. Gilmartín (Segovia) publicada en la sección de cartas a la directora de El País del pasado 27 de septiembre. Dice así:

<<Mi suegra tiene alzhéimer. Su hijo, con un amor infinito, le dice: "Madre, vamos a aprender inglés...hair", señala el pelo y mi suegra, dócil, contesta: "Pelo". "¡Ya sabes inglés, madre!, y ambos se parten de risa. ¿Alegres?. Hay que buscar un nombre para esta emoción>

¿Qué es la vulnerabilidad?

La vulnerabilidad es la condición que hace a una persona susceptible de ser dañada física o psíquicamente, en razón de su insuficiente capacidad para prevenir, resistir o sobreponerse a un daño.

Es un concepto ambiguo, complejo y muy amplio que presenta al menos dos dimensiones, una antropológica y otra sociopolítica. No es lo mismo SER vulnerable que ESTAR en situación de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad está determinada por factores internos y externos que suelen manifestarse en forma de capas que son acumulables.

Las personas ancianas, por el hecho de serlo, estén o no enfermas pueden presentar uno, algunos o todos estos factores de vulnerabilidad: cognitiva, funcional, económica y familiar. Emocional, territorial, asistencial y habitacional. Una vulnerabilidad comunicativa y participativa y asimismo una vulnerabilidad cultural.

Vuelvo en este punto a la sección Cartas a la directora de El País que el pasado 7 de julio publicaba esto:

<<La dependencia aumenta con la edad y afecta de una u otra manera al 63% de los mayores de 85 años. Interrogantes que me planteo y que me preocupan: ¿Qué cuidados

necesitaré y cuales mi pareja?, ¿Tendré la serenidad de aceptar la situación si soy el cuidado; o mantendré el cariño, paciencia y comprensión para cuidar?, ¿Habrá suficientes plazas en las residencias y podremos pagarlas?, ¿Podremos retrasar el proceso de envejecimiento siendo más activos?, ¿Se ampliarán los planes locales para que las personas mayores, frágiles y dependientes puedan seguir viviendo y muriendo en sus hogares, que es lo que la mayoría desea?>>

Es una carta firmada por F. Serrano Echeverría de Eibar (Guipúzcoa).

Cuidado y responsabilidad de cuidar

Y es que cuando en el proceso de envejecer la persona anciana precisa ser cuidada surge la pregunta de quién y cómo se asume la responsabilidad de cuidarla. La contestación requiere tener en cuenta los factores internos y externos que determinan la vulnerabilidad, y concretamente, tomar en consideración que la situación de los pacientes ancianos es heterogénea, que el mapa de la atención socio-sanitaria está en proceso de transformación; los notables cambios de los modelos de convivencia y de la familia y que la atención recibida por la población anciana y, en general, por las personas dependientes se revela insuficiente.

Hablar de necesidad de cuidados es hablar de el/la cuidador/a y es entonces cuando al lado de los cuidadores profesionales surge el cuidador informal, normalmente una mujer, sobre todo la hija o la pareja, que es la que suele asumir este rol en correspondencia con unas

expectativas sociales no escritas acerca de quién debe cuidar.

La tarea de cuidar produce efectos negativos y tiene también consecuencias positivas para el/la cuidador/a, pero es que además repercute en su entorno personal.

Es lo que hemos denominado efecto de **irradiación** de la vulnerabilidad del anciano que hace también vulnerables a sus cuidadores y motiva el nacimiento de una nueva necesidad: la de cuidar al/a la cuidador/a.

El cuidado, en suma, no es solo un rol, no puede circunscribirse al ámbito privado, a la buena voluntad o al amor de los próximos.

Valores de la persona amenazados por las situaciones de vulnerabilidad

Con todo lo dicho podemos afirmar con rotundidad que es un deber moral promover acciones que eviten, minimicen o palién las situaciones de vulnerabilidad, pues amenazan distintos valores de la persona anciana

Estas obligaciones pueden expresarse en el lenguaje principialista de la Bioética: no maleficencia, respeto de la autonomía, beneficencia y justicia.

Los valores que hemos identificado con carácter previo a cualquier intervención son los ocho que enunciaremos a continuación:

→ La **dignidad**, valor inherente a todo ser humano por el simple hecho de serlo: la persona anciana es valiosa por sí misma y ello nos obliga a reconocerla y respe-

tarla, especialmente los/as profesionales y agentes implicados en la atención socio-sanitaria.

→ La **autonomía** es la capacidad de una persona para establecer sus propias normas y regirse por ellas.

→ La **intimidad** alude a la esfera privada, personal y familiar que se quiere mantener libre de intromisiones no autorizadas o ilegítimas.

→ El **bienestar** se refiere a las buenas condiciones de vida objetivas y subjetivas, expresa la conexión entre distintos factores de vulnerabilidad, y entre el bienestar y los restantes valores que hemos identificado.

→ La **seguridad** es el sentimiento de protección frente a los riesgos y daños que puede sufrir la persona anciana y está vinculada a la fragilidad y finitud propias de la vulnerabilidad ontológica.

→ La **igualdad** es un valor según el cual, la persona anciana es digna e igual al resto de los sujetos que conforman la sociedad, pero no como sinónimo de identidad, sino reconociendo que todos somos diferentes y que es exigible atender las desigualdades individuales.

→ La **justicia** consiste en dar a cada uno lo suyo e implica cierta igualdad, pues exige tratar del mismo modo los casos iguales y de distinta forma los casos desiguales.

→ La **solidaridad** es un valor que permite a las personas sentirse y reconocerse unidas; mueve a los individuos cuando otros necesitan su ayuda, sin intención de recibir algo a cambio. Conforman uno de los pilares de la ética moderna.

Antes de pasar la palabra a mis compañeras Ana y Mónica, os invitamos a leer el documento porque la longevidad no es sinónimo de calidad de vida ni garantía de un soporte sanitario y social adecuados.

Es en este momento donde interesa describir como la vulnerabilidad se puede manifestar de forma diferente en **los distintos ámbitos de la asistencia sociosanitaria**.

En una persona anciana pueden concurrir factores físicos, psíquicos y sociales que la hacen especialmente vulnerable en cualquier contexto de intervención. Entre los dos primeros, sin duda, los más relevantes son el deterioro cognitivo (ya que afecta al nivel de comprensión y a la capacidad de toma de decisiones y en el autocuidado), los déficits sensoriales (hipoacusia, pérdida de visión...) que dificultan la información, la comunicación, la accesibilidad a distintos dispositivos y a su manejo en los mismos.

Por otra parte, entre los factores sociales son de señalar las relaciones familiares, el entorno, el lugar de residencia (rural o urbano), la situación de aislamiento, las dificultades de acceso al sistema sanitario, los recursos económicos, el nivel sociocultural...

El primer ámbito del que vamos a hablar es el de **la atención primaria** que se desarrolla principalmente en los centros de salud y que constituye uno de los principales lugares para detectar las necesidades surgidas relacionadas con el proceso de envejecimiento y buscar las soluciones adecuadas a cada situación.

Otro de los lugares donde se presta atención es en el domicilio, lugar privado, pero donde

se pueden detectar y canalizar para la búsqueda de mejora de las condiciones en las que vive la persona anciana, especialmente si ésta está encamada. En muchas ocasiones la dispersión geográfica es otro condicionante a tener en cuenta.

Los puntos de atención proporcionan la atención urgente extrahospitalaria.

Un centro sociosanitario y un centro residencial son una alternativa al domicilio cuando por diversas cuestiones la persona anciana no puede continuar en el mismo, ya sea temporalmente o de modo definitivo.

Otro de los ámbitos **es la atención hospitalaria** donde se presta la atención sanitaria hospitalaria programada y urgente.

A continuación, vamos a hablaros de Mercedes, una muestra de todas las Mercedes que conocemos, cuyo caso relatamos en el documento, a donde os remitimos (...)

La deliberación se hizo separando los distintos ámbitos de atención que recorrió Mercedes, identificando los factores de vulnerabilidad concurrentes y los valores presentes en cada uno de ellos. Así fue como hicimos el análisis tanto de su realidad como de otras realidades que se pueden encontrar en el documento y que ya habíamos adelantado en la Jornada del año pasado.

Llega el momento de recapitular, de extraer conclusiones y de recomendar algunas actuaciones.

Recaltar que la vulnerabilidad es la condición que hace a una persona susceptible de ser dañada física o psíquicamente, que depende de

las características y las circunstancias individuales y sociales y que se manifiesta con distinta intensidad y en los diferentes momentos de la vida de la persona anciana.

Es importante saber que los factores que originan la vulnerabilidad suelen manifestarse en forma de capas acumulables, pudiéndose identificar distintos tipos de vulnerabilidad: cognitiva, funcional, económica, familiar, emocional, territorial, asistencial, habitacional, comunicativa, participativa y cultural.

En el documento destacamos el efecto de irradiación que produce la vulnerabilidad de la persona anciana que convierte en vulnerables a los cuidadores y a su entorno.

Para afinar el diagnóstico y la posterior intervención frente a cada situación de vulnerabilidad es preciso identificar los bienes y valores que están en peligro, la dignidad, la autonomía, la intimidad, la seguridad, la igualdad, la justicia y la solidaridad.

Ponemos punto final al documento con un apartado de recomendaciones dirigidas a la Administración, a los profesionales y a la ciudadanía. En todas ellas se reflejan la concepción y el objetivo de nuestro trabajo.

La vulnerabilidad es fuente de deberes morales. Estamos ante una responsabilidad del conjunto de la sociedad y queremos alertar sobre la indeseable situación de vulnerabilidad de las personas ancianas, susceptible de aumentar y de agravarse en el futuro.



16:30 PÓSTERS

135 → 140 **Pósters**

69 → 78

MODERADOR → COMITÉ CIENTÍFICO
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

PÓSTER. 1

Tratamiento psicofarmacológico previo a la institucionalización en casos de demencia, ¿terapia o contención?

AUTORES → MARÍA FARELO ARIAS, NURIA PÉREZ LÓPEZ,
JOSÉ CAAMAÑO PONTE, CARLOS DOSIL DÍAZ

CENTRO DE TRABAJO → SERGE "A VEIGA". LÁNCARA

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico de las demencias plantea sutiles conflictos éticos relacionados con su evolución clínica.

OBJETIVO

Deliberar sobre el empleo terapéutico o restrictivo de la asociación de medicamentos anti-demencia con psicofármacos previamente a la institucionalización.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y transversal de pacientes con diagnóstico de demencia, tratados con IACE y/o memantina, además de psicofármacos en situación de preinstitucionalización. El estadiaje de la enfermedad se realizó empleando la Clinical Dementia Rating (CDR). Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes o representante legal para la gestión de sus datos con fines de investigación y/o docencia.

RESULTADOS

Período de estudio= 9 meses. N= 32 (25 mujeres/7 hombres). Edad, media= 84.81 años (rango= 97-75). CDR, media= 2.21. Número de medicamentos por subgrupo terapéutico: IACE= 2. Memantina= 4. IACE + memantina= 4. Neurolépticos atípicos (NLPA)= 14. Neurolépticos clásicos (NLPC)= 3. BZD= 12. Antidepresivos serotoninérgicos/noradrenérgicos (ADS/N)= 17. Trazodona= 5. Clometiazol= 6. Grupo IACE o memantina más NLPA= 3. Grupo IACE o memantina más NLPC= 0. Grupo IACE o memantina más BZD= 3. Grupo IACE o memantina más ADS/N= 3. Grupo IACE o memantina más trazodona= 2. Grupo IACE o memantina más clometiazol= 0. Pacientes sin medicamentos a estudio= 1.

CONCLUSIONES

El tratamiento psicofarmacológico de las demencias constituye un área de deliberación amplia sobre el respeto a los 4 principios de la bioética.

PÓSTER. 2

Paciente mayor en “observación de urgencias”

AUTORES → DR. HUGO ÁGREDA LÓPEZ, DR. FERNANDO PEÑA MARTÍNEZ, DR. MANUEL GARCÍA NOVIO

CENTRO DE TRABAJO → HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI – LUGO

OBJETIVOS

→ Describir el perfil del paciente ingresado en una unidad de observación “UO”.

→ Observar el comportamiento de esas variables en el paciente mayor.

MÉTODO

Se analizan 673 ingresos consecutivos (2015), y las variables: edad, sexo, tiempo de estancia en la UO, ingresos hospitalarios, recirculación por la UO a 4 meses y mortalidad a 4 meses. Posteriormente se comparan esas variables entre paciente ≥75 años y <75 años.

RESULTADOS

El 80% de los ingresos es llevado por los médicos de la unidad. El 55% son hombres. La media de edad es 78 años. Toman una media de 6 fármacos por paciente, con 23 hrs de estancia media en la UO. La tasa de ingreso hospitalario es del 26%, y el 23% recircula por la unidad en los 4 meses siguientes al alta. La mortalidad global fue del 6,9%.

Los mayores de 75 años suponen el 55,8% de la carga de trabajo, en este grupo son más las mujeres, con una media de edad de 85 años, permanecen más tiempo en la unidad (21 vs 25 hrs), y tienen una mayor tasa de ingreso hospitalario (21,8 vs 28,8%), además de recurrir con más frecuencia tras el alta (18,1 vs 27,1%). También presentan mayor tasa de mortalidad (3,3 vs 9,7%).

CONCLUSIÓN

A partir de los 75 años es mayor la toma de medicación, se prolongan las estancias en urgencias-UO, se incrementan los ingresos hospitalarios, y se recircula más por el sistema sanitario. Además de tener una tasa de mortalidad más alta.

PÓSTER. 3

Relación entre la formación en bioética y la gestión de las últimas voluntades, por parte de los facultativos en el servicio de urgencias

AUTORES → RUBÉN EDUARDO MOLANO ZÁRATE.
 ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
 MÁSTER EN ATENCIÓN SANITARIA, GESTIÓN Y CUIDADOS.
 ESPECIALIDAD CLÍNICA. USC
 CENTRO DE TRABAJO → PAC CHANTADA – LUGO

OBJETIVOS

Determinar la relación entre la formación en bioética de los médicos de Urgencias, y la gestión que realizan de las Voluntades Anticipadas de sus pacientes. Determinar también la necesidad de incluir dicho concepto como competencia básica de los facultativos, así como marcador de calidad asistencial.

MÉTODO

Estudio descriptivo trasversal, con los médicos de los servicios de Urgencias de los Hospitales de Monforte, Ávila y Ponferrada. Cuestionario anónimo en el lugar de trabajo, con características socio demográficas, tiempo de servicio en la categoría y grado de formación en bioética. Preguntas acerca del conocimiento y gestión del concepto de “Voluntades Anticipadas”.

RESULTADOS

Respondieron el 80 %, siendo un 57,5% mujeres. Rango etario predominante de 41-50 años (40%). Un 67,5% con más de 9 años de trabajo en la misma categoría. En cuanto a la formación en bioética, 52,5% sin formación, 45% con

formación en cursos y 1 médico con máster. Con respecto al concepto de “Voluntades Anticipadas”, el 87,5% manifestó conocerlo, y un 7,5% intuye de qué se trata por el nombre. El 72,5 % respetaría las “Voluntades Anticipadas” del paciente, sólo si se conocen por escrito; pero, si se tratase de pacientes menores de edad, el 52,5% nunca las respetaría.

CONCLUSIONES

El estudio detecta una influencia de la formación en bioética en la gestión de las “Voluntades Anticipadas” por los médicos de Urgencias. Se requieren estudios más amplios que confirmen esta observación y refuercen la necesidad de crear programas de formación continuada en Bioética y su inclusión como indicador de calidad asistencial.

PÓSTER. 4

Proteger a la población frágil. Necesidad de detectar la fragilidad de cara a un envejecimiento saludable

AUTORES → LUCINDA PAZ VALIÑAS¹, MARÍA JOSÉ FARRALDO VALLÉS¹, ROSENDO BUGARÍN GONZÁLEZ²
 CENTRO DE TRABAJO → ¹UNIDADE DE ASESORAMENTO CIENTÍFICO-TÉCNICO, AVALIA-T
 AXENCIA DE COÑECEMENTO EN SAÚDE, ACIS. SANTIAGO DE COMPOSTELA
² CENTRO DE SAÚDE DE MONFORTE DE LEMOS

El Sistema de Salud atiende a una población cada vez más envejecida con una prevalencia del 19% en poblaciones de 65 años o más, con un porcentaje de frágiles y prefrágiles del 17% y 49% respectivamente. La adecuación de la evaluación de las personas mayores y la de-

tección del síndrome de fragilidad es un punto clave para poder incidir de forma positiva en el envejecimiento saludable.

Para obtener la mejor evidencia científica se realizó una revisión sistemática de las herramientas de detección precoz de la fragilidad.

Se recuperó numerosa información, pero a la fecha, no existe una herramienta de cribado universal para identificar la fragilidad, destacan el SHARE (*Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*), Índice de Fragilidad, el SPPB (*Short Physical Performance Battery*) y el fenotipo de Fried. Recientemente, la velocidad de la marcha como indicador de fragilidad apunta como denominador común, pero la evidencia existente es muy heterogénea.

En nuestro contexto, el documento del Ministerio de Sanidad (MSSSI) sobre la prevención de la fragilidad, propone como prueba inicial la ABVD (Actividades Básicas de la vida Diaria) y posteriormente la prueba de ejecución SPPB que combina el equilibrio, la velocidad de la marcha y el test de levántate y anda.

Independientemente de la prueba empleada, la evidencia señala la importancia de detectar la fragilidad, siendo un deber ético su diagnóstico en fases tempranas ya que la infradetección de los casos podría implicar la no beneficencia o incluso maleficencia de no ofrecer un manejo óptimo de los pacientes para prevenir o retrasar el deterioro funcional asociado a este síndrome. Otra consecuencia ética de calado podría ser el desaconsejar intervenciones terapéuticas "agresivas" como una forma de evitar la obstinación terapéutica en aquellos pacientes "etiquetados" como frágiles.

PÓSTER. 5

Conspiración del silencio en cuidados paliativos, diferencias entre población a partir de los 65 años

AUTORES → VILLAMIL CAJOTO I; BALEA VÁZQUEZ L; ÁLVAREZ PÉREZ A; MARTÍNEZ LAMAS C.

CENTRO DE TRABAJO → HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO-CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE LA COSTA, BURELA (LUGO). SERGAS

INTRODUCCIÓN

La Conspiración del Silencio (CS) es un pacto entre dos que daña a un tercero; acontece cuando la familia del paciente actúa con los sanitarios escondiendo una enfermedad o las consecuencias. CS parcial es cuando conociéndose el diagnóstico, ocultara el pronóstico y la actitud terapéutica. Hay poca información de la CS parcial en pacientes en Cuidados paliativos (CP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes en CP (septiembre 2016-septiembre 2018). Se agruparon en mayores y menores de 65a.

RESULTADOS

Se revisaron 261 pacientes. Se excluyeron 9. Se estudiaron 252, (23 a 97 años); 57 < 65 años y 195 > 65 años. CS parcial en 95 pacientes (38%). CS en < 65 la, 14 casos (24 %); en > 65, 81 casos (41 %).

DISCUSIÓN

La CS se produce generalmente la petición familiar, pero también por dificultad de los profesionales en dar malas noticias, y afrontar las propias emociones. Hay diferencia significativa en la CS en mayores de 65 a. La pérdida de capaci-

dad al quedar sin información, desde el punto de vista bioético, compromete la realización de una adecuada praxis. En una situación de fragilidad extrema como la de CP, existe una tendencia “discapacitadora” hacia la población anciana. Se mejoró en la información de la enfermedad oncológica (no era raro que muchos pacientes no habían tenido estos datos) pero, existe aun CS parcial, especialmente en ancianos.

PÓSTER. 6

Circuito de valoración del paciente oncológico frágil

AUTORES → FRANCISCO BARÓN DUARTE. GORETI PAZOS GONZÁLEZ

CENTRO DE TRABAJO → ONCOLOGÍA MÉDICA. CHUAC

La fragilidad es un síndrome clínico especialmente prevalente en los pacientes con cáncer (43%). Es un estado de disminución de la reserva fisiológica del paciente que produce un descenso de la capacidad de adaptación e incrementa la vulnerabilidad a los estresores y el riesgo de incapacidad. La propia neoplasia, las comorbilidades y las terapias específicas antitumorales pueden producir un estrés adicional sobre esa reserva fisiológica. Es un proceso complejo y multidimensional.

Implantamos un circuito especial para la asistencia a pacientes frágiles “ONCOFRAIL” que permite el adecuado cuidado y atención de las necesidades de estos pacientes.

1 → **PACIENTE FRÁGIL (PF):** el que presenta problemas físicos, psicológicos, sociales o espirituales que le impiden adaptarse

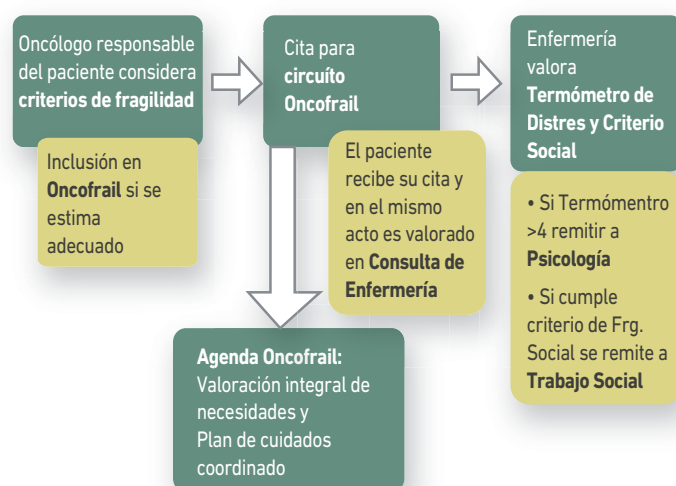
adecuadamente a su entorno y a los circuitos habituales de atención.

Criterios de valoración del PF:

- *Criterio físico: performance Status* ≥ 2 y/o disminución involuntaria de $>10\%$ de peso y/o score > 3 en el cuestionario abreviado de Charlson.
- *Criterio psicológico:* termómetro del distrés NCCN > 4 .
- *Criterio social:* si el paciente acude habitualmente solo o con cuidador incapaz de apoyarle.
- *Criterio espiritual:* si el paciente siente como problema el aspecto espiritual (muerte y legado o trascendencia) y así lo comunica en el encuentro clínico.

2 → **EXISTE FRAGILIDAD** con 2 o más de estos criterios.

3 → ARQUITECTURA DEL CIRCUÍTO



4 → **RESULTADO:** fase piloto de 90 días, 30 pacientes atendidos. Se evidencia que es factible y que beneficia a estos pacientes.

17:00 MESA REDONDA



140 → 152
79 → 81

La mirada a la ancianidad desde...

MODERADORA → CARMEN SOLLOSO BLANCO
CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Buena tarde.

Son Carmen Solloso Blanco y formo parte del Consejo de Bioética de Galicia. En esta mesa de la que soy moderadora continuamos reflexionando sobre el tema de la jornada, hablando de Ancianidad y Bioética. Dos temas que nos preocupan y que nos interpelan como profesionales relacionados con el mundo de la salud, pero también como personas y como sociedad que está viviendo una clara situación de envejecimiento en la población. Sabemos que la dimensión psicosocial de la salud es relevante para el análisis bioético. En esta mesa vamos a hablar de la importancia de la mirada, del espacio, y de las personas, teniendo en cuenta las condiciones de quien necesita especial protección. Contamos para esto con profesionales que tienen amplia experiencia. Les pedimos que nos acerquen su particular mirada poniendo el foco en la prevención, en la asistencia desde lo centro de salud, en la atención domiciliaria y en la intervención social, complementando aquellas que se expusieron esta mañana para, finalmente, abrir un diálogo a todo el foro.

Antes de les dar la palabra a los ponentes, voy a hacer una breve presentación de los cuatro, evitándoles interrupciones en la continuidad de sus exposiciones.

Resumiendo los currículos de los conferenciantes para no robarles tiempo, y por orden de intervención, voy a presentar la:

Iñaki Martín Lesende, médico especialista en medicina familiar y comunitaria, doctor por la universidad del País Vasco. Actualmente trabaja en el centro de salud de San Ignacio en Bilbao. Compagina su labor asistencial con la actividad investigadora. Es experto en la atención a las personas mayores desde atención primaria y forma parte del grupo de prevención en las personas mayores dentro del Programa de actividades preventivas y promoción de la salud en la atención primaria. También es miembro del grupo de trabajo de Atención a los Mayores de la semFYC.

Joam Casas Rodríguez, médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Trabaja en la actualidad en el centro de salud de A Baña (A Coruña). Es experto en Cuidados Paliativos, así como, en el tratamiento de soporte en el enfermo neoplásico. Tiene formación acreditada en Bioética Clínica por la Universidad Complutense de Madrid.

Xabier Bayona Huguet, médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Actualmente director de un equipo de atención primaria en el Institut Català de la Salut. Máster en Dirección y alta Dirección de Instituciones

Sanitarias. Tiene una importante trayectoria y experiencia en gestión clínica como director de diferentes equipos en atención primaria.



141 → 145

82 → 88

2.1...La prevención

RELATOR → IÑAKI MARTÍN LESENDE (PAÍS VASCO)

Brígida Argote Martínez de Lagran, diplomada en Enfermería y especialista en Geriátrica. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Trabaja como directora de la residencia Lakua del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava. Es experta en Ética Aplicada a la Intervención Social y forma parte del Comité de Ética de Intervención Social de Álava. Además, es miembro del Grupo de Trabajo de Bioética de la Asociación Vasca de Geriátrica y Gerontología.

Como veis, nuestros ponentes tienen sobrada formación nos temas que vamos a tratar y les voy a dar la palabra según el orden establecido en el programa. Comenzamos pues con Iñaki, que nos hablará de prevención, para continuar con Joám, quien contará su experiencia desde un centro de salud en el rural, seguido de Xabier abordando la atención domiciliaria y finalizando con Brígida, que se va a centrar en la intervención social. Muchas gracias a todos por su presencia!

El envejecimiento exponencial demográfico de la población, a la vez que una situación a afrontar, supone un reto para adecuar y mejorar la atención sociosanitaria que se oferta. Aunque España se pronostica como uno de los países más envejecidos a corto plazo, si no el que más, no lo será en el ranking de países con mayor "esperanza de vida libre de discapacidad"; siendo éste, aumentar los años libres de discapacidad tanto a nivel individual como poblacional, el principal reto en esta realidad y un objetivo global de las políticas sanitarias.¹ Al igual que la mejora socio-ambiental fue clave en el aumento de esperanza de vida global, el enfoque a preservar la salud (envejecimiento activo) y prevención serán claves para evitar la discapacidad.

En la prevención en las personas mayores hay que considerar dos aspectos fundamentales respecto a edades previas. Por un lado, la esperanza de vida, y por otro la **funcionalidad** como elemento primordial y objetivo al considerarse como mejor indicador del estado de salud global de una persona mayor (OMS), y a su vez directriz final para mantenerla; su valoración y medición suele realizarse a través de escalas que valoran actividades (tareas habituales) de la vida diaria (AVD) y pruebas de ejecución o desempeño específicas (pruebas relacionadas con movilidad, marcha o equilibrio). En íntima relación con el concepto de funcionalidad está la **fragilidad**, consistente

en un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos que nos sirven para afrontar estresores o desestabilizadores de nuestra salud, relacionado con la edad, que disminuye esta capacidad de defensa o mantenimiento intrínsecos, lo que confiere mayor vulnerabilidad a factores de estrés y mayor riesgo de resultados adversos en salud, tales como caídas y fracturas, hospitalización, institucionalización, discapacidad (odds ratio –OR-, riesgo, para alteración de AVD en frágiles respecto a no frágiles de 2 veces más), y mortalidad prematura (OR 2,4).^{2,3}

El *envejecimiento activo* conlleva el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.⁴ Para lograr un envejecimiento activo además de la prevención y promoción de la salud, se requiere un buen funcionamiento físico (actividad física y ejercicio), mental, autonomía, y vinculación y participación social.

Siguiendo las recomendaciones PAPPs (programa de actividades preventivas y de promoción de la salud) de la semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria),⁵ las principales **actividades preventivas recomendadas en el Mayor** son:⁶

1 → **Actividades preventivas comunes con edades previas**

Estilos de vida y ejercicio físico. Cese del hábito tabáquico, reducción o supresión del consumo excesivo de alcohol, mantenimiento de una adecuada dieta tipo mediterránea y ocasionalmente suplemento o complementos cuando haya un déficit, y lo más relevante en cuanto no solo a prevención primaria sino a intervención: **actividad y ejercicio físico**; hoy en día cuando se indica un ejercicio físico, fundamentalmente cuando se hace como “intervención”, se recomienda que sea del tipo ejercicio multicomponente (que combine aeróbico, de fuerza y resistencia, y de equilibrio). El ejercicio físico es la intervención que más efectividad ha demostrado en la fragilidad.

Recomendación de determinadas **vacunas**: tétanos-difteria (dosis de recuerdo a los 65 años), neumococo (a todas las personas \geq 65 años inmunocompetentes, tanto a sanos como a los pacientes con patologías de base o factores de riesgo -enfermedad respiratoria crónica, hepática, cardiovascular, diabetes mellitus, ...), y vacuna antigripal (indicada de forma anual-estacional en todos los mayores de 60 años).

Hipertensión arterial, **HTA**. En general se recomienda mantener una cifra de TA no superior a 140/90 mmHg, tolerándose cifras 160/100 en personas de 65 o más años con bajo o moderado riesgo cardiovascular, sobre todo si tienen edades más avanzadas.

Hipercolesterolemia. Conviene valorar la necesidad de emplear fármacos para reducirlo fundamentalmente en base al riesgo cardiovascular global y la edad; en pacientes mayores de 75 años estaría indicado en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular (para evitar la repetición de eventos cardiovasculares), sin existir evidencia de beneficio a partir de esta edad en prevención primaria (para evitar la aparición de un primer evento cardiovascular).

Diabetes. Conviene medir la glucemia (glucosa en sangre) al menos cada 4 años. Y es muy importante un adecuado control de esta patología, por su repercusión tanto en otros órganos y salud general, como en la fragilidad y discapacidad en personas mayores. Aun así, los objetivos de control en los pacientes diabéticos mayores de 75 años o frágiles no han de ser tan estrictos como en el resto de la población, más cuando llevan largo tiempo de evolución de la enfermedad.

Cribado y diagnóstico adecuado y precoz de ciertos **cánceres** (mama, cérvix, colorectal, etc.), cuyo detalle excede de este resumen.

2 → **Condiciones más específicas de las personas mayores y síndromes geriátricos**

Medicación. Evitando y abordando la polifarmacia –toma de más de 4 fármacos de forma habitual- (34% de los mayores), medicación inadecuada, incumplimiento terapéutico (30-50% de los

mayores), interacciones farmacológicas (28,5%), reacciones adversas medicamentosas (RAM, 41% en mayores de 75 años y una causa importante de ingresos hospitalarios en estas edades).

Caídas. Alrededor del 30% de las personas mayores de 65 años sufre una caída al año, y la mitad de ellos vuelven a caerse. Este porcentaje llega hasta el 50% al aumentar la edad y en aquéllos internados en residencias geriátricas. Las consecuencias son muy importantes: fracturas (gran repercusión las de cadera), “síndrome postcaída” donde el miedo a volver a caerse les puede limitar de forma muy importante,... Se recomienda a todos los adultos mayores de 65 años un cribado (detección sistemática) anual sobre historia de caídas. La intervención ante el riesgo de caídas es múltiple, abordando la farmacia, problemas médicos específicos (intervención de cataratas, control cardiovascular, pies, ...), ejercicio y equilibrio, suplementos de vitamina D si hay déficit de la misma, factores ambientales y de entorno, etc.

Incontinencia urinaria. Se aconseja interrogar sistemáticamente sobre su existencia, identificar el tipo, factores de riesgo y causas reversibles, y realizar un estudio básico.

Déficits sensoriales. La deficiencia **visual** importante afecta al 15% de personas de 80 o más años. La deficiencia auditiva importante (**hipoacusia**), lo más frecuente por presbiacusia –dege-

neración del nervio auditivo asociado a la edad-, afecta al 25-40% de los mayores de 65 años y se incrementa con la edad, superior al 80% en mayores de 85 años; requiere descartar tapones de cerumen y su corrección potencial es mediante audífonos según el caso. Ambos procesos tienen una elevada repercusión tanto en la funcionalidad como en la calidad de vida.

Demencia. Un diagnóstico temprano favorece el establecimiento de un plan de cuidados que permita evitar riesgos, mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, e implicar al paciente en la toma de decisiones futuras... A pesar de ello, no se recomienda la detección sistemática (cribado) de demencia en población asintomática mayor de 65 años. La conducta aconsejable en Atención Primaria (AP) es estar alerta ante síntomas de alarma que hagan sospechar un deterioro cognitivo y realizar en esos pacientes una evaluación más detallada que permita diagnosticar la demencia lo más tempranamente posible. Se recomienda la realización de ejercicio físico, alimentación saludable y prevención de factores de riesgo cardiovascular, en especial la hipertensión, por su efecto beneficioso sobre la salud, aunque no se ha demostrado de forma clara su influencia en la prevención de demencia.

Fragilidad. Las recomendaciones PAPPs 2018 con respecto a esta entidad son:

- Se recomienda la detección oportunista de fragilidad en AP en personas de 70 o más años.
- Las herramientas de detección recomendadas en nuestro medio son las pruebas de ejecución.
- Es aconsejable la monitorización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en personas de 70 o más años para detectar precozmente el declive funcional.
- Ante la sospecha de fragilidad se recomienda una valoración clínica de tipo multidimensional, o en forma de "valoración geriátrica integral" (VGI) en los casos establecidos o más avanzados, para corroborar la fragilidad, valorar necesidades y establecer planes de intervención adecuados e individualizados.
- Se recomienda la actividad o ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado (multicomponente), como intervención principal para prevenir y/o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad. Otras intervenciones recomendadas son la intervención nutricional, revisión y adecuación de la medicación y el correcto manejo de situaciones clínicas coincidentes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
- 2 Walston JD. **Frailty. UptoDate** (actualización en de marzo de 2018). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/frailty?source=search_result&search=frailty&selectedTitle=1~101

- 3 Martin-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Molina M, Abizanda P. **Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria, Guías clínicas [Internet]. Fisterra;** 2015. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>
- 4 Documento OMS (2002). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- 5 Recomendaciones PAPPS <http://papps.es/>
- 6 Curso semFYC online de "Atención a las personas mayores desde la atención primaria (2ª edición) <https://www.semfyces/formacion-y-recursos/atencion-las-personas-mayores-desde-la-atencion-primaria-2a-edicion/>



145 → 147

89 → 93

2.2...El centro de salud

TEXTOS EN VERSIÓN ORIGINAL

RELATOR → JOÁM CASAS RODRIGUES (GALICIA)

A atención primaria de saúde é un lugar privilegiado para observar e comprender o proceso do avellentamento e o ser ancián. Por unha banda o acompañamento da biografía das persoas en momentos importantes (como son as enfermidades, as perdas, as preocupacións de saúde), e por outra a presenza crecente das limitacións de saúde a medida que a persoa se volve vella, ofrécenlles ás profesionais dos centros de saúde unha relación profunda e experiencial cos últimos capítulos da novela da vida.

As visitas ao médico, ou do médico, enchen moitos días, cos seus preparativos previos e as súas cavilacións posteriores. A médica de familia, o enfermeiro, son persoas importantes na vida dos vellos.

Para as profesionais, a vellez e os seus contextos son emendas permanentes á educación cartesiana da medicina. A frecuente pluripatoloxía (e polimedicación) non pode ser entendida como unha simple suma de categorías diag-

nósticas e planos terapéuticos. A interrelación dos procesos patolóxicos é unha caixa negra cuxa complexidade está, na maioría dos casos, por abrir. Ademais, a carencia de probas médicas ("evidencias") sobre terapéutica na pluri-patoloxía e na ancianidade é notoria, polo que moitas das decisións se toman sobre o paradigma da parcelación do corpo, e por analogía coas poboacións máis novas, que son as máis frecuentemente estudadas nas investigacións.

É a vellez contemporánea que nós observamos equiparable á de tempos anteriores? A medicina e a sociedade moderna mudaron a experiencia de volverse vella? Desde a atalaia dunha consulta de medicina rural, semella que ser vello mudou. En primeiro lugar, hai un maior uso dos servizos sanitarios, o que implica maiores intervencións médicas e maior esperanza de vida (teña esta relación ou non coa asistencia sanitaria) pero non necesariamente maior calidade de vida ou saúde autopercebida. Paralelamente ao resto das cousas de valor, a atención sanitaria é cada vez máis un ben de consumo.

Tamén parece difuminarse o concepto cíclico e integrado da vida, que se substitúe por unha visión lineal e illada na que a vellez se mira como a derrota final. Custa traballo convencer os pacientes que padecen as dores artrósicas ou teñen fame de alento por insuficiencias cardíacas ou respiratorias das vantaxes da idade avanzada citadas por Hermann Hesse: *"unha delas é a capa protectora de esquecemento, de cansazo, de afecto, que se interpón entre nós e os nosos problemas e sufrimentos. Pode ser desidia, anquilosamento, odiosa indiferenza; mais, vista con outra luz, pode significar tamén serenidade, paciencia humor, alta sabiduría e Tao"*.

Os vellos e vellas que atendemos malamente se resignan á desaparición da comunidade que foi o seu hábitat e á morte da civilización agraria. A perda da comunicación, do traballo e da convivencia entre pares está sen cicatrizar en moitos deles, e substituíla pola comunicación histriónica dos faladoiros televisivos “do corazón” é unha broma de mal gusto.

O sistema sanitario, pola súa vez, tamén non é igual. A tecnoloxía non só está máis presente e perfeccionada, mais tamén ocupa un lugar máis central no pensamento médico e no imaxinario das pacientes. Lugar que, ao desprazar o razoamento e compaixón médicas, outrora centrais, torna o modelo médico nun modelo reducionista. Na vellez conflúen dor física, perda dos seres queridos, desaparición do futuro, desfase cos cambios sociais, e a perda anticipada da propia morte. Mais a medicina só ve a dor física, en contra das evidencias (estas si, evidencias) emocionais e intuitivas da persoa enferma. Para convencer a sanitarias e pacientes de que o modelo biomédico é máis resolutivo, ofrécensenos distopías tecnolóxicas, como a do control domiciliario de todas constantes vitais posibles, sen máis resultado en moitos casos, que acentuar o medo á morte. “¿Para sólo morir, / tenemos que morir a cada instante?” din uns versos de César Vallejo.

Por outro lado, o aumento das necesidades percibidas polas pacientes e obxectivadas pola profesión médica, vai parella á diminución de moitos recursos, nomeadamente os humanos. As consultas están masificadas, e moitas listas de agarda son tan indefendibles como inamovibles. A aparición da historia clínica informática integrada supuxo un cambio de gran magnitude, mais non se pode soste-lo aumento da demanda sumado ás novas tarefas informáticas

(que rouban tempo e concentración), ás novas técnicas e ás funcións eternamente postergadas (investigación, atención comunitaria) cos mesmos recursos, ou menos. É unha fantasía pensar que isto non se traduce na morbilidade e na mortalidade. E, como é lóxico, o impacto é maior nas poboacións máis vulnerables.

Profundando na vulnerabilidade das anciás no Sistema Sanitario, cómpre falar da integridade como un dos valores ineludibles da asistencia. A coherencia biográfica debe ser respectada e estimulada máis que nunca na vellez (“somos seres en busca dun relato”). Por iso o sistema sanitario non pode ser culturalmente soberbio. É soberbio cando impón solucións tecnolóxicas (as citas telefónicas ou as citas web, por exemplo), ou cando utiliza unha linguaxe excluínte que inconscientemente idiotiza o interlocutor, que a maioría das veces posúe unha cultura e uns coñecementos profesionais non inferiores aos do sanitario. A viaxe ao hospital na anciandade, percibida como viaxe terminal ou de chegada, está acompañada do desprendemento da roupa propia, da paisaxe e referencias xeográficas, das paredes da intimidade e da comunidade que as rodea. Cousas aparentemente inocentes como o ton de voz infantilizador, a exclusión do paciente do diálogo entre o médico e a familia, o desinterese polos fitos da súa biografía, ou a comunicación na lingua que medra en detrimento da propia, son facilmente descodificadas como mostra de desconsideración ou directamente desprezo.

A propósito da lingua, non caben nos coidados dos múltiples aspectos da vulnerabilidade a equidistancia de cousas en situacións diferentes. Non se pode equiparar o medio matemático coa igualdade. A sociolingüística ensínanos o valor social dos dous idiomas maioritarios no

noso país, o propio e o que non é o propio, e se falamos de atención á vulnerabilidade, particularmente na poboación anciá, os sanitarios debéramos ter unha opción preferente clara polo galego.

Tamén a autonomía, sempiterno principio nas xornadas e textos de bioética, está presente nas mudanzas do sistema sanitario. Aínda que queda moito que camiñar para darlle o poder sobre as súas decisións ás pacientes anciás, tamén é preciso reivindicar a "autonomía da autonomía". A maximización da autonomía pode constituír unha imposición en culturas menos individualistas e máis comunitaristas que as anglosaxonas. Na práctica algunhas medidas concretas para promover a autonomía na relación asistencial son percibidas con incompreensión ou mesmo desconfianza polos pacientes. Algúns autores propoñen a "autonomía relacional" como alternativa, que pode resultar un principio máis próximo aos valores de unidade e solidariedade familiar que moitos pacientes senten como seus.

Por último, desde a consulta tamén se perciben cambios importantes na sociedade que repercuten nos vellos. O máis evidente, a vontade e a necesidade da incorporación dos dous membros da familia tradicional nuclear ao traballo asalariado ou autónomo, mais a persistencia da carga dos coidados, ademais dos traballos domésticos, sobre a muller. A ecuación que integra horarios prolongados, salarios baixos, inestabilidade laboral, coidado das fillas e dos vellos é irresoluble. A frustración das coidadoras é maiúscula e palpable a diario na asistencia sanitaria. E o binomio necesidade/culpa da institucionalización da nai ou do pai é devastador emocionalmente para moita xente. O conflito asumir/delegar os coidados é un dos

conflitos éticos principais, se non o principal, que se cronifica nas nosas consultas. O debate social sobre as solucións non pode ocultar as súas raíces sociopolíticas. Son necesarias máis prazas en residencias e máis recursos de asistencia domiciliaria, pero se cousas como o modelo de traballo, o abandono do rural ou a desaparición da vida comunitaria non cambian, é difícil que se chegue a un equilibrio aceptable.

Dicía Paul Ricoeur que a existencia humana é unha síntese fráxil entre a perspectiva finita do corpo e o desexo infinito do sentimento. A finitude está sobrerrepresentada na ancianidade. Mais, paradoxalmente, son precisamente *"a fragilidade humana e a finitude os que determinan o noso desexo de beleza e de sentido"* (P. Kemp, J. Dahl Rendtorff). A vocación médica nace do instinto de protexer a persoa vulnerable, e como contrapartida, as persoas anciás regalan luz sobre a vida dos que coidamos delas.

C 147 → 149
G 94 → 95

2.3... La atención domiciliaria

RELATOR → XAVIER BAYONA HUGUET (CATALUÑA)

Indiscutiblemente el aumento de la esperanza de vida conlleva un aumento de la cronicidad y también de la vulnerabilidad en etapas finales de vida. Este es el nuevo paradigma epidemiológico. Debemos, pues, repensar y adaptar la prestación de la atención sanitaria y social de las personas con necesidades complejas de forma sensata.

La atención domiciliaria es aquélla que se recibe en el domicilio de alguien, o en general, aquella en que los servicios de salud prestados permiten a sus usuarios continuar viviendo en su hogar y entorno familiar. El término "Cuidados a Domicilio" (*Home Care*) designan de forma genérica un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades. La denominación incluye desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas.

La organización y la cartera de servicios prestados en el domicilio son claves para una asistencia sanitaria y social con valor añadido. Son muchos los pacientes que prefieren ser tratados en casa frente el hospital, estando más satisfechos y presentando menor número de complicaciones. La Valoración Geriátrica Integral es una buena herramienta y el abordaje protocolizado a domicilio de personas mayores desfavorecidas económicamente mejora la calidad de los cuidados, disminuye las urgencias hospitalarias, además de una mejor detección y manejo de síndromes geriátricos.

Uno de los retos es disminuir la fragmentación de estos cuidados que se procuran a domicilio. Para ello, la gobernanza en la provisión de servicios a domicilio (sanitario y social) debe localizarse no demasiado alejada (algunos apuntan a nivel de gobiernos locales). Todo ello bajo el paraguas de una financiación adecuada. La visión del sistema y profesionales debe estar centrada en el paciente y sus necesidades. Para el futuro próximo es necesario avanzar hacia un modelo de provisión de servicios domiciliarios basada en la coordinación de todos sus actores, el equipo multidisciplinar coordinado.

Actualmente, según comunidad y territorio, se han desarrollado diferentes modelos de organización y gestión de la cronicidad a domicilio o de forma próxima al domicilio. Una de las dificultades subyacentes es la falta de evaluación y publicación de estas experiencias en nuestro entorno. La literatura escrita predominante es de origen americano y británico, con los sesgos supone una posible extrapolación, aunque sus lecturas nos aportan ideas.

Está claro que no existe una solución única para responder a la cronicidad en el domicilio del paciente, pero sí que sabemos que cuando los profesionales de diferentes niveles mejoramos la comunicación el paciente gana. También sabemos que cuando se diseña un plan de acción para abordar las necesidades del paciente contando con sus preferencias y valores, la satisfacción de pacientes, familia y profesionales aumenta. Y también está claro que debe liderarse el proceso. Si predominan las necesidades sanitarias la enfermera del equipo de atención primaria probablemente será la figura ideal para aglutinar y coordinar la atención. Si predominan las necesidades sociales, la figura que aglutine el proceso debería ser la trabajadora social vinculada al equipo de atención primaria.

La atención domiciliaria de este siglo XXI necesita un liderazgo claro de la Atención Primaria, que debe contar, sin duda, con la colaboración coordinada de servicios sanitarios y sociales y de otros profesionales que añadirán valor y vida a los años.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria* 2018;50:264-266.

C 149 → 152

G 96 → 102



2.4...La intervención social

RELATORA → BRÍGIDA ARGOTE MARTÍNEZ DE LAGRÁN (PAÍS VASCO)

El envejecimiento de la población es un hecho. Todos queremos envejecer y queremos hacerlo bien, en perfectas condiciones funcionales y cognitivas, pero hay mucha variabilidad, unos envejecen de una manera activa y saludable y otros con enfermedad y dependencia.

Los últimos datos que ofrece el INE, a 1 de enero de 2017, son que el 18,8% del total de la población tiene 65 y más años y que en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, lo que supone el 34,6% del total de la población.

Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria siguen siendo las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%. Murcia, Canarias y Baleares son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16%.

Se tiende a considerar el envejecimiento como un problema, por el coste económico y social que implica, sin embargo, se trata de un éxito de cualquier sociedad avanzada, que está consiguiendo que las personas vivamos más y en mejores condiciones. El reto es saber gestionar esta realidad que se impone y que afecta a diversos ámbitos, pero sobre todo al social y al sanitario.

→ O **perfil de las personas mayores** está cambiando. Los mayores del futuro, es

decir, nosotros, somos personas con mayor nivel de vida, mayor nivel cultural, más participativos, con mayor conciencia y defensa de nuestros derechos y más conscientes de que debemos adquirir hábitos saludables que nos ayuden a envejecer mejor y a disfrutar de la vida de forma plena.

- El **perfil de las personas que viven en residencias o centros sociosanitarios** también es diferente. En general, son muy mayores, más frágiles, dependientes, con características más complejas y que requieren cuidados más profesionalizados.
- La **realidad de los servicios de salud** es que el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios son personas mayores, con pluripatologías que van a dar lugar a dependencia, a veces con deterioro cognitivo y/o en situación de riesgo social. Son personas que consumen más recursos y más fármacos.
- Los **modelos sociales y familiares** han cambiado, se ha desarrollado la ética asistencial y el concepto de autonomía de las personas que nos obliga a tener en cuenta sus valores, preferencias y opiniones en los asuntos que les afectan.

Todo esto nos sitúa en un escenario en el que no basta el tipo de cuidado tradicional que se ha venido realizando hasta ahora. Para ofrecer una atención de calidad a la persona mayor se están promoviendo nuevos modelos de atención integral, personalizada, interdisciplinar e interinstitucional, centrados en la persona, que visualicen sus capacidades y que les facilite los apoyos necesarios para poder llevar "la mejor

vida posible". Estos nuevos modelos implican un cambio de paradigma que afecta al diseño y planificación de los servicios y programas a desarrollar, pero también a la intervención y a la praxis profesional, para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mayores.

Intervenir, desde los diferentes ámbitos, de manera disgregada genera problemas y dificultades como: parcialización de la persona que puede ocasionar que los objetivos planteados puedan ser incompatibles, infrutilización de los recursos, insatisfacción tanto de la persona mayor como de los/as profesionales, etc.

Por todo ello, es necesario que se desarrollen estrategias de coordinación entre los diferentes agentes (instituciones, organizaciones, profesionales, tercer sector, ...) que intervienen en mejorar la calidad de vida de los/as ciudadanos/as, en general, y de las personas mayores en particular. Países como Holanda y los Países Nórdicos apostaron por la integración de ambos sistemas y otros, como Francia y España se decantan más por la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Esta coordinación ha de ser efectiva también con otros sistemas como: educación, vivienda, ..., y, por supuesto, con la complementariedad del apoyo informal con el que cuente la persona en su entorno.

La coordinación sociosanitaria no está exenta de dificultades debido a la complejidad de los sistemas sanitario y social. Los sistemas de salud y servicios sociales se organizan de manera separada cada uno cuenta con estructuras, culturas y sistemas propios.

En general, las competencias se encuentran repartidas entre las Consejerías de Sanidad y las de Servicios Sociales; todas las instituciones (gobierno, forales y municipales) tienen competencias en la planificación y prestación de recursos sociales lo que hace que se puedan dar duplicidades en la planificación y prestación de servicios; el sistema sanitario es un derecho universal y gratuito y existe una definición de los recursos disponibles para atender las situaciones de enfermedad y una coordinación entre la primaria y la especializada, sobre todo para los pacientes crónicos mientras que los sistemas de soporte social carecen del carácter universal gratuito y tienden a multiplicarse por no existir una red única.

La puesta en marcha de esta atención sociosanitaria requiere coordinación en los tres niveles de actuación: Macro (diseño de políticas públicas de atención, normativas y planificación de recursos), Meso (gestión de las organizaciones que prestan los servicios) y Micro (coordinación de los diferentes niveles de atención, en el ámbito de las relaciones asistenciales, en la casuística).

Las intervenciones que vayan a realizarse en este marco deben ir encaminadas a:

- Garantizar la continuidad y fluidez en la prestación de los servicios entre los niveles asistenciales sanitarios y de los servicios sociales.
- Identificar las puertas de entrada y establecer itinerarios de derivación entre los distintos niveles de atención

- Compartir instrumentos de valoración y seguimiento por los profesionales de ambos sistemas de forma que se emplee el mismo lenguaje y se garantice la continuidad en la atención y los cuidados.
- Identificar de forma precoz a los usuarios en situación de riesgo de dependencia o exclusión social
- Hacer énfasis en la prevención, la promoción de la salud y la autonomía del usuario.

Tanto a nivel estatal como autonómico, llevamos unos años trabajando para promover un cambio de paradigma asistencial hacia una visión integral de la persona.

En este sentido, en el entorno de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) existen varias iniciativas.

A nivel Macro, el Gobierno Vasco ha impulsado, entre otras, la Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020 para contribuir a la identificación de un modelo de Gobernanza que dé la palabra a las personas que envejecen y que ayude a construir una sociedad para todas las edades.

Dentro del paradigma del Envejecimiento Activo hay una iniciativa muy interesante, **Euskadi Lagunkoia**, para mejorar el bienestar de las personas mayores. Tiene como objetivo incentivar la participación de las personas mayores y de la ciudadanía en general para la mejora de barrios y entornos en los municipios de Euskadi para que podamos seguir haciendo nuestra vida a medida que envejecemos.

El poder llevar a cabo una vida activa y autónoma depende en gran parte, de la amigabilidad del diseño urbano, de la seguridad y de la adecuación de los ambientes domésticos.

En cuanto al nivel Meso y Micro, se ha dado continuidad a la coordinación sociosanitaria, tras más de 20 años de los primeros acuerdos marcos, a través del documento **Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria en Euskadi 2017-2020**, que pretende aglutinar todas las visiones, enfoques, tendencias y experiencia que, desde un enfoque basado en la atención centrada en la persona y la continuidad de cuidados de ambos sistemas.

Las intervenciones dirigidas a las personas mayores deben cumplir los requisitos de integralidad, personalización y continuidad, pero, además, es una obligación de los profesionales y de las instituciones que sean correctas no solo desde el punto de vista técnico, sino también ético. Uno de las acciones que se llevaron a cabo fue la creación de la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi que ahora se trata de formalizar jurídicamente.

Otro aspecto a tener en cuenta es el cuidado de familiares en el hogar que recae normalmente en las mujeres, pero con la edad se acortan las diferencias de género y a partir de los 80 años hay más hombres cuidadores de un familiar —generalmente de su pareja— que mujeres (Observatorio social La Caixa, mayo 2018). Los mayores dependientes requieren apoyos, pero también los necesitan sus cuidadores, por eso son necesarios los programas de apoyo a cuidadores (intervenciones educativas, de orientación, ...).

Tine Rostgaard, profesora de Ciudadanía y Personas Mayores, Universidad de Aalborg (Dinamarca), dice que para aumentar la calidad de vida de los mayores hay que ayudarles a ser más independientes. Ella habla de la Recapacitación como proceso de reaprendizaje destina-

do a las personas con dependencia moderada cuyo fin es ayudarles a realizar con autonomía las actividades de su vida diaria para que puedan permanecer en sus casas el mayor tiempo posible.

Estos programas se llevan a cabo antes de que a la persona se le asigne un recurso de ayuda (servicio de ayuda a domicilio, centro de día, residencia largo plazo, etcétera).

Estamos en la transición desde un modelo asistencialista hacia un modelo de servicios sociales moderno, comunitario, centrado en lo relacional; desde un enfoque de necesidades a un enfoque de derechos de las personas.

Esto implica desarrollar servicios nuevos, adecuar los que existen, reordenar las competencias entre las instituciones, consolidar equipos interdisciplinarios cohesionados tomar decisiones y enfocar nuestras intervenciones en las competencias y capacidades. Todo ello, con la participación y el protagonismo de las personas mayores y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., Pujol, r. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018
- Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Plan Esatestratégico 2016-2020
- Roman, B., (2016). Ética de los Servicios Sociales
- Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2016-2020
- Rodríguez, p. (2010). La atención integral centrada en la persona
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales
- Fantova, F. (2014). Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas

19:15 CONFERENCIA DE CALUSURA

152 → 152

103 → 103

El valor del cuidado



RELATORA → VICTORIA CAMPS

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

