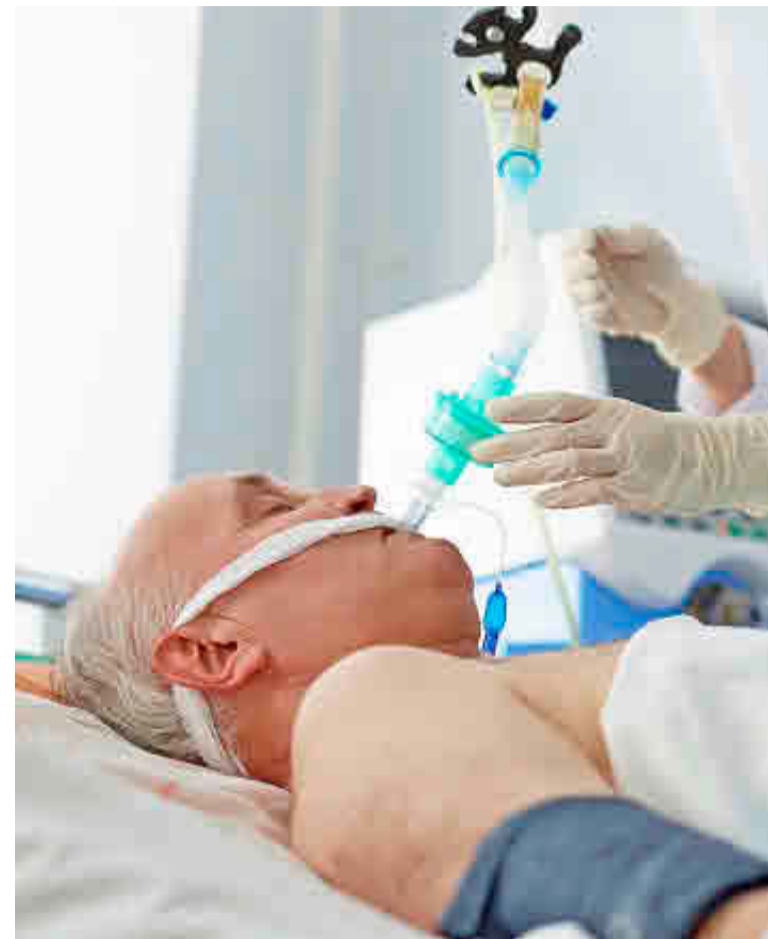


La atención clínica al anciano precisa ser 'rejuvenecida'

Bioéticos sostienen que la edad en sí misma no contraindica nada

Proponen fomentar la autonomía de decisión y dar un trato equitativo



MADRID
DEGO CARRASCO
diego.carrasco@diariomedico.com



En términos meteorológicos se hablaría de un cambio climático por las modificaciones que se están produciendo a medio o largo plazo en la atmósfera y su impacto en el globo terráqueo y en la población. Trasladada esta metáfora al ámbito sanitario también se producirá en un futuro no muy lejano un cambio en el modelo de atención clínica ante el inminente envejecimiento de la población. Dos datos: en el 2000 había en España 2.500 personas mayores de cien años. En 2016 la cifra ha aumentado a 16.500 personas.

Además, se ha pasado de los cuatro millones de personas mayores de 65 años en 1981 a los ocho millones setecientos mil en enero de 2016; esto es, un 18,7 por ciento de la población, que ronda los 40 millones de habitantes. De ahí que la aten-

ción sanitaria a los ancianos requiera de una especial sensibilidad por parte de los profesionales que se enfrentan a consultas más largas ante pacientes que pueden tener una capacidad limitada. Es aquí donde la ética de la Gerontología se sitúa en la primera línea de la Bioética y la cuestión adquiere una especial magnitud.

Ante una situación que avanza a marchas forzadas son varios los interrogantes que se plantean: ¿Cuáles son los retos éticos que plantea el envejecimiento de la población? ¿Se debe dar prioridad a la asistencia de los más jóvenes? ¿La edad puede ser un elemento decisivo? ¿Se discrimina por ser mayor? Las respuestas, *a priori*, no estarán exentas de polémica ante un mundo cada vez más material.

DECIDIR MÁS

Los expertos bioéticos consultados por DM coinciden en varios puntos: la edad en sí misma no puede ser una contraindicación en la asistencia a la persona mayor; se debe evitar la discriminación y fomentar la toma de decisiones del paciente en su proceso clínico; ofrecer un trato más equitativo y favorecer una coordinación

entre los distintos equipos asistenciales. En definitiva, se trata de *rejuvenecer* la atención sanitaria al anciano en el sentido de que hay que ofrecerle las mismas posibilidades clínicas, atendiendo siempre a su situación concreta y personal, que a los enfermos más jóvenes.

Francesc Torralba, director de la Cátedra Ethos de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, apunta que los dos grandes retos éticos son "la equidad y la autonomía. Se debe garantizar el trato equitativo a toda persona

Los expertos apuntan que para afrontar este problema se requiere una coordinación entre los niveles asistenciales y que el profesional referente sea el médico de Familia

independientemente de su edad porque es un principio de justicia". El segundo aspecto implica que hay que "velar para que el máximo número de personas mayores pueda vivir con plena autonomía no sólo física, psíquica, moral, social y espiritual sino también en el modo de vivir la última etapa de su vida. Ello exige la

superación del paternalismo médico y filial".

Para ello, es fundamental "educar al estamento médico e informar de los derechos que tiene la persona enferma o en situación de terminalidad".

Coincide con esta opinión Nuria Terribas, directora de la Fundación Víctor Grifols y Lucas y de la cátedra de Bioética de Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña, al señalar que "se debería abandonar la idea de que la persona mayor no puede tomar decisiones y que otros debemos hacerlos por ellos para protegerles". En su opinión, "la cultura mediterránea es reacia a este cambio de visión, pues la familia tiene un peso específico grande, pero muchas veces en detrimento de la autonomía de la persona y pasando por encima de ella fundándose en un anacrónico paternalismo familiar".

José Manuel Ribera Casado, catedrático emérito de Geriatria de la Universidad Complutense de Madrid, aprecia que el médico "conculca con cierta frecuencia" la autonomía del paciente. Y cuando se legisla, no se piensa en los mayores: "Se decide más por el viejo que con el viejo".

Resta decir que las decisiones se suplantán ante casos de pérdida de facultades físicas o mentales. Ribera apela a que el médico debe tomar conciencia de que está ante una persona mayor que tiene sus derechos. La contrapartida, señala, es que el paciente anciano, por regla general, es

El estamento médico debería ser consciente de que hay que informar siempre de los derechos que tiene la persona enferma o que se encuentra en una fase de final de vida

"muy conformista y protesta poco".

Miguel Ángel Sánchez González, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, señala que es "inaceptable argumentar que la vejez y la muerte son fenómenos naturales y es incorrecto interferir en ellos tanto como lo hacemos". Es

incorrecto porque se debe invertir en la "lucha sanitaria más beneficiosa y digna para el enfermo".

Entonces, ¿se margina al anciano por la edad? Ribera cree que existe una tendencia a la marginación porque "a más edad más posibilidades de tener en cuenta sus decisiones". Apunta que, a veces, al médico le pone "nervioso" y le "incomoda" y dedica "menos tiempo" a un paciente que requiere más atención.

DISCRIMINACIÓN

En este sentido, Torralba afirma que "no debería ser así porque todo ser humano tiene una dignidad inherente y cualquier discriminación por edad es intolerable". Terribas añade que "se debe evitar caer en la discriminación o estigmatización de la persona mayor. La edad deberá tomarse dentro del contexto global del paciente".

Comparte este criterio Rogelio Altisent, profesor de Bioética de la Universidad

Voluntades anticipadas: herramienta clave para el paciente crónico

Las personas mayores acumulan morbilidad y fragilidad. Nuria Terribas, directora de la Fundación Víctor Grifols y Lucas y experta en Bioética, considera que una buena herramienta para gozar de una correcta y eficaz

asistencia sanitaria es la planificación de decisiones anticipadas, que esté coordinada por los profesionales sanitarios, pero con una implicación del enfermo y su entorno familiar y social. Este instrumento sería de una gran ayuda en pacientes crónicos o

que estén en una situación de cuidados paliativos. "La sociedad, los poderes públicos y el sistema social y sanitario deberían ser más proactivos en fomentar este tipo de herramientas, ya que ayudaría a descargar de la responsabilidad de las

decisiones críticas a los familiares y al médico", subraya. Javier Sánchez Caro, profesor de la Escuela Nacional de Sanidad, también avala que el enfermo mayor cuente con el documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas porque al profesional

sanitario le facilitaría la toma de decisiones que, en determinadas situaciones, no son nada fáciles de adoptar. En su opinión, "no sólo se trata de curar a los enfermos sino también de cuidarles", ya que es un deber ético-clínico de la asistencia.



de Zaragoza y presidente del Comité de Bioética de Aragón, para quien, "no sería correcto dejar de tratar un problema sólo por la edad del enfermo, pero sí puede estar indicado retirar o no instaurar un tratamiento cuando el balance del beneficio no está claro". Altisent considera prioritario "mejorar nuestro conocimiento sobre los pronósticos con el fin de mejorar la calidad de la asistencia a los mayores que, a veces, acumulan fármacos porque socialmente está mejor considerado prescribir que retirar medicamentos, lo cual es un fallo cultural que deberíamos de corregir". Por tanto, a su juicio, es "falsa la creencia social que asocia la idea de que a más medicamentos mejor salud".

Desde un punto de vista ético, añade Javier Sánchez Caro, profesor honorario de

la Escuela Nacional de Sanidad y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, que "no puede haber otra prioridad que la clínica, siendo esta consideración la que debe aplicarse también a los trasplantes conforme a los criterios que están establecidos".

DIGNIDAD

¿Es necesario revisar el sistema de atención social y sanitario para preservar el respeto a la dignidad de los enfermos mayores? Todos los expertos dan una respuesta afirmativa. Terribles resalta que hay que dar un "nuevo enfoque a la asistencia que contemple su faceta de pluripatología de forma coordinada y no fragmentada". Para ello, se requiere de un profesional referente que puede ser el médico de Familia y su equipo, que trabaje en coordinación con la

especializada y en constante comunicación.

Altisent está de acuerdo con esta afirmación, ya que en el caso de la "polimedización, muy frecuente en ancianos, hay un problema de interacciones y efectos secundarios con alto riesgo que pueden dañar la salud". De ahí la importancia de trabajar en equipo con la familia y los cuidadores.

Sánchez Caro apunta que es imprescindible esa coordinación asistencial entre centros sociosanitarios y los servicios de salud. "Los pacientes tienen derecho al

Conviene corregir un error cultural: está mejor considerado, desde un punto de vista social prescribir que retirar medicamentos a los pacientes mayores

mantenimiento de las relaciones interpersonales, incluyendo la posibilidad de desarrollar su vida afectiva y sexual con garantías de intimidad y, en su caso, con acceso a la educación sexual". Pero siempre respetando sus decisiones.

En este sentido, Torralba enfatiza que la futilidad de un tratamiento "tiene que desarrollarse en diálogo con el equipo sanitario y jamás de un modo unilateral".

Por otra parte, el filósofo critica que en "las sociedades ricas y opulentas se sacraliza la juventud, la belleza, la velocidad y la salud. La ancianidad se asocia, con frecuencia, a los valores opuestos, lo cual es injusto. Esta discriminación latente, callada y sutil de la ancianidad es, en el fondo, una incapacidad para asumir la propia vulnerabilidad y la decrepitud de todo ser humano. Es imprescindible presentar los valores asociados a la última etapa de la vida", concluye.

SIN LÍMITE CRONOLÓGICO PARA RECIBIR TRATAMIENTOS INNOVADORES

La edad no es óbice para administrar tratamientos de vanguardia, al menos desde el punto de vista médico, como ya sugería un reportaje en este diario (ver *DM del 4-I-2015*). No hay un límite superior de edad que restrinja los últimos fármacos contra la hepatitis C, siempre que el paciente no padezca una enfermedad con probabilidad de fallecer a corto-medio plazo. Tampoco hay límite cronológico insalvable para recibir un implante de válvulas aórticas percutáneas (TAVI) o un *stent* de última generación, por citar algunos abordajes innovadores en patología cardiovascular. Ni siquiera es ya un hecho llamativo que un nonagenario reciba una artroplastia de cadera, o que con esa edad, una paciente se someta a una reconstrucción mamaria tras el cáncer.

OPINIÓN

Cuando la eficiencia en salud es servir al bienestar social con unos recursos limitados



Guillén López Casanovas

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra.

La llamada a la ética acostumbra a ser el recurso utilizado cuando ni la regulación ni los incentivos son capaces de conducir los comportamientos a cotas razonables. En el patronato de la Fundación Grifols de Bioética he tenido oportunidad reiterada de comprobar esta afirmación desde la diversidad de aportaciones de quienes confluimos en los debates desde posiciones y bagajes diversos. *The Hasting Center*, por ejemplo, y sus fines de la Medicina nos eran referente.

Pero en un mundo en el que todo se transacciona las aplicaciones de los grandes principios de la justicia, la equidad, la *fairness* (que tiene más de exigencia de compasión, de hacer algo, de no abandonar que de igualar como creen algunos), chocan con la realidad más micro de la gestión de los servicios sanitarios. Ciudadanos que creen que la enfermedad es algo exógeno a la vida que enturbia la felicidad a la que uno tiene derecho, lo que les habilita a exigir cualquier tratamiento al margen de todo criterio de coste-efectividad social. Intereses presentes en el sector que alimentan dicha perspectiva y fabrican enfermedades (*disease mongering* se le llama) o identifican enfermos manipulando el marcador o convirtiendo factores de riesgo en estratos de población medicalizable. Profesionales que anteponen sus propias convicciones a las de la ética social a la que sirven.

Pero todo ello es común a una gran mayoría de los órdenes de la vida, con lo que la situación sería alarmante si fuera en el sector sanitario diferencialmente peor, lo que no es el caso, aunque debemos aceptar que en nuestro campo, al visualizarse más sus consecuencias (desde tarifas privadas abusivas, escaso tiempo de dedicación o tratamientos no financiados) las consecuencias de la falta de ética generan mayor ruido. Especialmente cuando la economía enseña su cabeza (la de la ciencia triste), lo que no suele dejar bien parados a los economistas de la salud.

Sin embargo, como decía el maestro Alan Williams, la peor de las éticas es la del despilfarro, no siendo eficientes. Aun teniendo que reiterar los economistas de la salud hasta la saciedad que el objetivo de la eficiencia no es minimizar costes sino mejor servir al bienestar con unos recursos limitados.

“ Ciudadanos que creen que la enfermedad es algo exógeno a la vida (...) y que les habilita a exigir cualquier tratamiento al margen de criterios de coste-efectividad social”

“ La llamada a la ética acostumbra a ser el recurso utilizado cuando ni la regulación ni los incentivos son capaces de conducir los comportamientos a cotas razonables”

POSITON

Dynamogen®