

Ética, vulnerabilidade e ancianidade

DOCUMENTO DE RECOMENDACIÓNS

EDICIÓN BILINGÜE



Ética, vulnerabilidade e ancianidade

DOCUMENTO DE RECOMENDACIÓNS

EDICIÓN BILINGÜE

Autores

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

Todos eles integran o Consello de Bioética de Galicia.

Os autores e autoras aprobaron este texto na 29.^a sesión ordinaria do pleno do Consello de Bioética de Galicia, que tivo lugar o 4 de xullo de 2018 en Santiago de Compostela.

Agradecementos: A Ángel Alfredo Martínez Ques, pola súa contribución na etapa inicial deste documento.

Ética, vulnerabilidade e anciandade

DOCUMENTO DE RECOMENDACIÓNS

EDICIÓN BILINGÜE

G

Páxina

| | | |
|---------|---|---|
| 5 → 6 | | Presentación |
| 7 → 8 | 1 | Introdución |
| 9 → 16 | 2 | Vulnerabilidade e anciandade |
| 17 → 23 | 3 | Ética do cuidado da anciandade |
| 25 → 29 | 4 | Os ámbitos da asistencia socio sanitaria |
| 31 → 53 | 5 | Deliberación sobre a realidade |
| 55 → 58 | 6 | Conclusións |
| 59 → 63 | 7 | Recomendacións |
| 65 → 68 | 8 | Bibliografía |
| 69 → 71 | 9 | Normativa |

C

Página

| | | | |
|---|--|---|-----------|
| | | Presentación | 75 → 75 |
| 1 | | Introducción | 76 → 77 |
| 2 | | Vulnerabilidad y ancianidad | 77 → 81 |
| 3 | | Ética del cuidado de la ancianidad | 81 → 84 |
| 4 | | Los ámbitos de la asistencia socio sanitaria | 85 → 87 |
| 5 | | Deliberación sobre la realidad | 87 → 96 |
| 6 | | Conclusiones | 97 → 98 |
| 7 | | Recomendaciones | 98 → 99 |
| 8 | | Bibliografía | 100 → 102 |
| 9 | | Normativa | 103 → 104 |

MODO DE NAVEGACIÓN

Un click nos
capítulos do índice
enlaza coa páxina
correspondente

Bio+ética



Un click nos gráficos de páxina enlaza co índice

G

C



Click de enlace

Bioética

Presentación

G 5 → 6
C 75 → 75

O Consello de Bioética de Galicia é un órgano colexiado de carácter permanente, consultivo, interdisciplinario e independente que ten como misión asesorar a Administración e os profesionais da saúde, promover no ámbito sanitario a formación e a consideración da Bioética como criterios de calidade e boa práctica profesional, e contribuír á información e favorecer o debate da cidadanía sobre as dimensións éticas e sociosanitarias da práctica asistencial.

Para cumprir o así establecido na súa Orde reguladora do 16 de outubro de 2015 e continuar o labor da súa predecesora, a Comisión Galega de Bioética, o Consello desenvolve varias liñas de traballo vinculadas a temas estratéxicos da organización sanitaria galega. Os seus dous primeiros documentos, *O conflito de intereses no ámbito da saúde. Documento de recomendacións (2016)* e *Ética no acceso e no uso da documentación clínica. Reflexións e recomendacións (2017)*, complétanse agora con *Ética, vulnerabilidade e ancianidade (2018)*, a súa máis recente publicación.

Este terceiro documento reflicte unha vez máis a nosa deliberación bioética, pero cun ton diferente. En primeiro lugar, porque nel as vivencias e os vínculos coa realidade están máis presentes: todos convivimos con experiencias de coidado da vulnerabilidade. De aquí xorde un segundo trazo distintivo: unha linguaxe bioética máis atenta á corporalidade e ás emocións. Ofrecemos argumentos racionais e razoables, pero desde unha intelixencia sentinte –se aceptamos a expresión zubiriana– ou unha razón cordial –na formulación de Adela

Bio



Cortina-. En terceiro lugar, porque na vulnerabilidade das persoas anciás faise máis evidente a influencia dos determinantes sociais da saúde, do contexto. Isto é, envellecer e vivir ben será posible se construímos unha sociedade xusta e atenta ás necesidades de coidado. Finalmente, pola nosa condición de animais históricos e a importancia do respecto da identidade individual. Cómpre pensar alén dos caracteres compartidos para descubrir a singularidade de cada persoa e para rexeitar as solucións uniformes das situacións de vulnerabilidade, que anulan o individuo e non se axustan ao que realmente precisa.

Deste xeito o Consello de Bioética de Galicia segue na procura da consolidación da cultura bioética nas institucións, nos profesionais e na cidadanía, orientándose no desenvolvemento común dunha auténtica *ars senescendi*.

José Antonio Seoane
PRESIDENTE DO CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Bioética

1 | Introducción

G 7 → 8
C 76 → 77

A vulnerabilidade é un tema bioético de crecente importancia, polo que a súa elección como liña de traballo por parte do Consello de Bioética de Galicia non debería sorprender. É tamén un tema moi amplo, que esixe delimitar o seu ámbito de estudo. Para iso observamos a nosa contorna e identificamos un sector da poboación en situación de vulnerabilidade: as persoas anciás. Non son as únicas nin talvez as máis vulnerables, pero si merecedoras de atención nas nosas sociedades e de modo singular en Galicia.

Trátase, por tanto, dunha decisión responsable e comprometida, unha decisión eticamente xustificada que permite afirmar que a selección do tema e a publicación deste documento constitúen xa unha contribución: dirixir a atención ás posibles situacións de vulnerabilidade das persoas anciás e interpelar os cidadáns, os profesionais e os poderes públicos para combinar harmonicamente catro elementos: vulnerabilidade, ancianidade, Ética e Galicia –ou o territorio que cada lector escolla–.

Ademais de importante e amplo, o estudo do noso tema revelou outro trazo: a vulnerabilidade é unha noción elusiva e ambigua, ben polo solapamento das súas dúas principais dimensións, ontolóxica e política, ben pola imprecisión das súas definicións. Pronto fomos conscientes destas dificultades, e o prazo inicialmente previsto cumpriuse sen alcanzar o noso obxectivo. Concedémosnos unha prórroga e beneficiámonos das achegas presentadas na nosa Xornada anual de 2017, co título *Bioética e vulnerabilidade*. En lugar de presentar o documento nesa xornada, como estaba previsto, escoitamos, aprendemos e conseguimos endereitar o rumbo do documento.

Bio

Esta etapa de maduración confirmou a importancia dun quinto elemento nas situacións de vulnerabilidade das persoas anciás: o coidado e, xunto a el, as persoas cuidadoras. A conxunción de todos os elementos reflíctese en dúas conclusións derivadas da nosa reflexión: o efecto de irradiación da vulnerabilidade, é dicir, que a vulnerabilidade se expande e afecta a contorna da persoa anciá, de forma especial ás persoas cuidadoras; e a natureza política, e por tanto ética, do coidado, que non debe confinarse no ámbito privado ou familiar nin deixarse á boa vontade ou ao amor dos próximos, senón que é unha responsabilidade e unha obriga política de primeira orde.

Por iso é posible afirmar que as obrigas de coidado son obrigas de xustiza, esixibles, e que a deliberación ética non se debe apoiar nunha equívoca contraposición entre a ética da xustiza e a ética do coidado, senón que debería integrar as achegas desta para enriquecer aquela. O carácter moral da nosa sociedade depende diso.

Esta concepción percorre o documento e exprésase nas conclusións (apartado 6) e as recomendacións (apartado 7). Os apartados precedentes destínanse a expoñer as razóns que xustifican as nosas teses. O apartado 2 introduce as delimitacións conceptuais e os datos necesarios para contextualizar a nosa análise; o apartado 3 presenta a perspectiva ética adoptada, a través dun catálogo de oito valores; e o apartado 4 describe os ámbitos da asistencia sociosanitaria das persoas anciás. Para completar esta dimensión teórica, o apartado 5 atende á realidade asistencial e vital mostrando a nosa deliberación sobre varias situacións de vulnerabilidade a partir dos conceptos, os valores e os ámbitos delineados nos apartados precedentes.

Vulnerabilidade e anciandade

2

G 9 → 16

C 77 → 81



2.1. 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.

Trátase dun concepto complexo que presenta polo menos dúas dimensións. A primeira, a vulnerabilidade ontolóxica ou antropolóxica, alude a unha calidade inherente e persistente de todas as persoas, en canto seres necesitados, fráxiles e dependentes. A segunda, a vulnerabilidade sociopolítica, deriva de factores continxentes como a idade, o sexo, a condición socioeconómica, a cultura, o ambiente ou a pertenza a un grupo. Esta dimensión é continxente e gradual, pois non todos os individuos son vulnerables nin aqueles que están en situación de vulnerabilidade o están en igual medida.

Non é o mesmo ser vulnerable que estar en situación de vulnerabilidade. A vulnerabilidade vén determinada por factores internos e externos que orixinan unha situación de indefensión ou debilidade na que ven ameazadas a dignidade, a autonomía, a xustiza e outros valores da persoa. Estes factores non son invariables, senón susceptibles de cambio a través da intervención nas condicións individuais e sociais.

En consecuencia, se non danar é unha obriga ética básica e un dos alicerces das profesións asistenciais e da Bioética, pode afirmarse que a vulnerabilidade é fonte de deberes morais, nun tripló sentido.

En primeiro lugar, dun deber inmediato de coidado, é dicir, de protexer a persoa vulnerable fronte ao dano ou a ameaza de dano. En segundo lugar, do deber de

Bioética

promover e mellorar as capacidades desa persoa para afrontar e resistir os perigos que acentúan a súa fragilidade. Por último, dun deber de intervir na contorna para eliminar ou reducir os factores e as situacións de vulnerabilidade.

2.2. Factores e capas de vulnerabilidade

A vulnerabilidade é unha noción conxuntural, é dicir, depende das características e das circunstancias vitais de cada individuo; e gradual, isto é, maniféstase con distinta intensidade en cada persoa e nos diferentes momentos ou etapas da súa vida. Por iso, a aproximación ética á vulnerabilidade do ancián debe evitar presentala como unha característica uniforme, común ou ríxida.

A vulnerabilidade ten unha orixe diversa e os factores que a causan adoitan manifestarse en forma de capas acumulables. Por tanto, a risco de resultar máis complexa, é preferible guiar a reflexión a partir desta concepción máis realista e rica.

As persoas anciás, polo feito de selo, estean ou non enfermas, poden verse afectadas por distintos factores de vulnerabilidade.

Unha vulnerabilidade cognitiva, pola perda de facultades intelectuais derivada dos procesos de deterioración propios da idade ou de orixe patolóxica. Unha vulnerabilidade funcional, asociada á diminución ou perda de autonomía física e ambulatoria para atender as súas necesidades básicas.

Unha vulnerabilidade económica, relacionada coa exclusión do sistema produtivo e, en moitos casos, cunha importante diminución dos seus ingresos. Unha vulnerabilidade familiar, asociada ao modelo e estrutura de familia. Unha vulnerabilidade emocional, derivada do malestar ou a angustia que lles causa a súa situación ou a de quen os coida.

ética

Unha vulnerabilidade territorial, que comprende as características arquitectónicas da vivenda e inclúe o lugar de residencia, máis ou menos distante dos servizos básicos, entre eles os sanitarios, tanto en núcleos urbanos como, especialmente, en certas contornas rurais.

Unha vulnerabilidade asistencial que se refire, dunha parte, á competencia dos e das profesionais para responder a estes factores, e doutra, á estrutura e o funcionamento do sistema, tanto da Administración sanitaria como desta na súa relación con outras administracións, concretamente coa social.

Unha vulnerabilidade habitacional, con trazos propios da vulnerabilidade asistencial, por estar vinculada aos recursos sociosanitarios, e da vulnerabilidade territorial, ao asociarse á dificultade para conseguir un lugar onde vivir adecuado ás novas necesidades.

Unha vulnerabilidade comunicativa e participativa, especialmente notoria nunha contorna cada vez máis virtual debido ao uso xeneralizado das novas tecnoloxías da información e da comunicación; e por último, unha vulnerabilidade cultural, relacionada con actitudes despectivas cara ás persoas maiores, que chegan mesmo á estigmatización.

2.3. O coidado da vulnerabilidade: a persoa coidadora

Cando no proceso de envellecer o ancián se fai dependente é preciso coidalo, entendendo por coidar que se lle proporcione unha axuda que cubra as súas necesidades físicas, sociais e afectivas. Aparece entón o coidador ou a coidadora, figura imprescindible no contexto de vulnerabilidade da persoa anciá.

Xunto aos coidadores e coidadoras profesionais, é dicir, o conxunto de persoas que, nos seus postos de traballo, tanto no ámbito social como no sanitario,

Bioética

prestan cuidados para os que están formadas, é esencial a figura do cuidador informal, que normalmente xorde na contorna familiar da persoa anciá e dispensa o seu cuidado de maneira altruísta.

A muller, preferentemente a filla ou a parella da persoa cuidada, é a que asume en maior grao esta responsabilidade, en correspondencia cunhas expectativas sociais non escritas acerca de quen debe coidar.

2.4. O efecto de irradiación. A vulnerabilidade da persoa cuidadora

Coidar produce efectos na persoa cuidada e na persoa cuidadora. A carga e a complexidade dos cuidados, as horas diarias dedicadas e canto se prolongue no tempo son causas de problemas físicos, psicolóxicos e mesmo económicos da persoa cuidadora, con efectos negativos sobre si mesma e sobre quen recibe os seus cuidados. Con todo, á beira destas connotacións negativas aparecen consecuencias positivas, como o benestar emocional e a satisfacción co cuidado, o sentido da coherencia, o crecemento persoal, a sensación de control e a gratificación.

O cuidado repercute ademais na contorna persoal de quen cuida, pois adoita esixir cambios nos seus hábitos de vida e inflúe na estrutura familiar. Coidar leva moito tempo de traballo para o cuidador principal, e iso diminúe o lecer e o tempo libre. Experimentada como sobrecarga, a tarefa de coidar é unha fonte de tensión e malestar emocional para quen a realiza e, tamén, para a súa familia ou achegados.

A análise do exposto mostra dous fenómenos diferentes. En primeiro lugar, que a vulnerabilidade da persoa anciá adoita deberse a unha pluralidade de

Bioética

factores que aumentan a súa fragilidade. En segundo lugar, unha consecuencia relevante para a reflexión ética e o deseño e a aplicación das políticas de coidado: a vulnerabilidade do ancián xera un efecto de irradiación na contorna que a propaga cara ás persoas encargadas de coidalo, facéndoas vulnerables precisamente pola vulnerabilidade propia daquel. En consecuencia, aparece unha nova necesidade: a de coidar o coidador ou coidadora.

A conxunción de ambas as vulnerabilidades, a do ancián e a irradiada cara ás persoas coidadoras, volve aínda máis complexa a definición e a prestación dos coidados.

2.5. Vulnerabilidade, ancianidade e responsabilidade do coidado

A vulnerabilidade da persoa anciá cando enferma, diminúen as súas capacidades ou aumenta a súa dependencia, leva a preguntarse quen e como se asume a responsabilidade de coidala. Para responder estas cuestións é preciso ter en conta distintos aspectos.

Dunha parte, que a situación dos pacientes anciáns é heteroxénea, dado que non require a mesma atención un paciente crónico autónomo que un paciente no seu domicilio ou un paciente hospitalizado, outro ingresado nunha unidade de coidados intensivos ou outro que reside nun centro sociosanitario.

Doutra, que o mapa da atención sociosanitaria está en proceso de transformación: o envellecemento da poboación debería propiciar o tránsito dun sistema de asistencia sanitaria deseñado para pacientes agudos a un sistema asistencial renovado e configurado para atender a pacientes crónicos con múltiples patoloxías e/ou demencias que precisan de recursos coordinados, sociais e sanitarios.

ética

Á súa vez, os cambios dos modelos de convivencia e as crecentes dificultades das familias e das persoas achegadas para facerse cargo dos coidados incrementaron o número de anciáns en centros residenciais como mellor ou única opción fronte ao domicilio propio.

Finalmente, debe terse en conta tamén que a atención recibida pola poboación anciá e, en xeral, polas persoas dependentes é insuficiente e mostra a greta existente entre as necesidades e a resposta efectiva, tanto no ámbito privado como no ámbito público.

O indicado aconsella que o coidado da persoa sexa asumido como unha responsabilidade do conxunto da sociedade e non exclusiva da súa contorna inmediata. Ademais, esta situación debería alertar sobre a indesexable situación de vulnerabilidade das persoas anciás, susceptible de aumentar e agravarse no futuro.

2.6. Vulnerabilidade e ancianidade en Galicia

O envellecemento é un proceso vital, e a vellez ou idade anciá ha de ser entendida como unha etapa da vida na que segue sendo posible desenvolver plans e proxectos persoais. Con todo, a lonxevidade non é *per se* sinónimo de calidade de vida nin garantía dun soporte sanitario e social adecuados. En consecuencia, a idade, a diminución dalgunhas capacidades, o contexto social e económico e os modelos de coidados poden expoñer a algunhas persoas anciás a unha maior vulnerabilidade e a dificultades no acceso e utilización dos recursos sociosanitarios.

En Galicia o 23 % da poboación ten máis de 65 anos, e estímase que alcanzará case o 30 % no ano 2029. En 2014 a esperanza de vida ao nacer era de 86,2 anos para as mulleres e de 79,8 anos para os homes.

Bioética

O progresivo envellecemento e o aumento da esperanza de vida influíron na organización social e no modelo laboral e económico predominante, baseado no rendemento e na capacidade de produción, e tamén repercutiron nos costumes e nas formas de vida: preto de 122 000 persoas maiores de 65 anos viven en Galicia soas ou con persoas de idade similar que son as súas cuidadoras.

Polo que se refire á dependencia, no ano 2017, o 4,5 % da poboación galega de 65 a 74 anos presentaba algún tipo de dependencia, mentres que a partir dos 75 esta porcentaxe pasaba a ser do 22,9 %. Do total de 117 875 persoas con algún grao de dependencia case dous terzos (77 458) superaban os 75 anos, e eran maioritariamente mulleres.

Se se desagregan estes datos polo tamaño do municipio de residencia obsérvase que o 42,5 % dos dependentes vive en municipios de menos de 10 000 habitantes e só o 24,5 % o fai en municipios de máis de 50 000 habitantes. Ha de subliñarse que a metade das entidades singulares de poboación de España, é dicir, das áreas habitables ou excepcionalmente deshabitadas, diferenciadas dentro dun termo municipal, constituídas por varios núcleos de poboación, un ou ningún, ou por un diseminado de vivendas que non poden considerarse núcleo concéntranse na nosa comunidade autónoma, o que confirma a dispersión, o illamento e o carácter rural da contorna de Galicia.

Obsérvase, así mesmo, que o aumento da idade vai acompañado da redución da pensión contributiva. En 2016 a pensión media en ambos os sexos foi de 1009 euros en persoas de 65 a 74 anos, 813 euros en persoas de 75 a 84 anos, e 754 euros nas de 85 anos ou máis. A provincia de Ourense é a que presenta menores pensións, sendo a das mulleres inferior á dos homes.

As consecuencias do exposto para a contorna das persoas anciás en situación de dependencia ou necesitadas de cuidados poñen de manifesto que o 72,5 %

Bio

dos seus cuidadores viron reducidas as súas actividades de lecer ou relacións sociais, un 55,8 % reduciu a súa vida familiar, un 38,3% diminuíu o seu traballo doméstico e un 25,8 % fixo o mesmo co seu traballo remunerado ou estudos por dedicarse a esa tarefa de coidado.

Por último, convén chamar a atención tamén sobre algo: os datos reflicten só unha parte do que ocorre. Estas porcentaxes conviven cun número indeterminado de persoas maiores dependentes que son atendidas polos seus achegados, en moitos casos de idade similar á súa. Constitúen unha realidade paralela omitida nas estatísticas, pero imprescindible para completar o panorama da vulnerabilidade da poboación anciá na nosa sociedade.

En suma, Galicia é unha das comunidades autónomas máis envellecidas de España, con características demográficas singulares como a dispersión xeográfica, o illamento e a importancia do ámbito rural. Estes factores, combinados cun elevado número de persoas maiores afectadas por distintos graos de dependencia, con factores económicos como a redución das pensións contributivas e co impacto da situación das persoas necesitadas de coidados na súa contorna inmediata, explican a transcendencia da análise da vulnerabilidade das persoas anciás.

Ética do coidado da ancianidade

3

G 17 → 23

C 81 → 84



As situacións de vulnerabilidade ameazan distintos valores da persoa anciá e impiden o desenvolvemento do seu plan vital e a súa participación na comunidade. É, por tanto, un deber moral promover accións que as eviten, minimicen ou palíen.

As obrigas de evitar o dano ou protexer fronte a el, de proporcionar capacidades e recursos para que cada persoa poida afrontalo e de modificar a contorna para reducir a vulnerabilidade poden ser expresadas na linguaxe principialista da Bioética: non maleficencia, respecto da autonomía, beneficencia e xustiza.

Tales principios indican de forma xenérica que se debe facer ante a vulnerabilidade da persoa anciá, combinando actuacións preventivas e paliativas, educativas e asistenciais, individuais e sociais.

Con todo, con carácter previo, é necesario identificar cales son os bens e valores que están en perigo para afinar o diagnóstico e a posterior intervención fronte a cada situación de vulnerabilidade.

3.1. Dignidade

A dignidade fai referencia ao valor inherente a todo ser humano polo simple feito de selo: a persoa anciá é valiosa por si mesma. Non se trata dunha calidade outorgada por ninguén, senón consubstancial á persoa, que non depende da idade, o sexo, a condición social, económica ou outros factores.

A súa dignidade, igual que a de calquera outra persoa, impón unha obriga categórica de recoñecemento e respecto por parte de todos, e especialmente por parte dos profesionais e os axentes implicados na atención sociosanitaria.

Bioética

3.2. Autonomía

A autonomía é a capacidade dunha persoa para establecer as súas propias normas e rexerse por elas. Maniféstase na toma de decisións, e por iso adoita identificarse no ámbito asistencial e bioético co consentimento informado. Con todo, a autonomía do paciente ancián é máis ampla e comprende outras dimensións importantes na definición dos seus cuidados.

A autonomía decisoria refírese á liberdade de elección, isto é, á capacidade para deliberar e decidir un curso de acción entre un conxunto de alternativas valiosas.

O grao de capacidade permite distinguir tres escenarios de toma de decisións:

O **consentimento informado**, que é a decisión libre e informada que adopta un paciente ancián capaz no momento actual.

A **planificación anticipada das decisións e as instrucións previas**, que se refiren á decisión adoptada libremente por unha persoa capaz co propósito de que se aplique nunha situación futura de posible incapacidade para decidir de forma autónoma.

As **decisións de representación ou substitución**, que son as adoptadas por terceiros en nome e beneficio do paciente ancián cando é incapaz para tomalas en por si.

A autonomía funcional ou executiva alude á liberdade de acción e á capacidade para realizar persoalmente as decisións adoptadas. Aínda que con frecuencia aparecen unidas, é importante distinguir a autonomía e a incapacidade para decidir da autonomía e a incapacidade para actuar, pois son tamén diferentes os respectivos tipos e niveis de cuidado.

ética

A autonomía informativa, cuxa salvagarda garántese a través de mecanismos como o segredo profesional, a obriga de confidencialidade e o respecto á intimidade, consiste no control da información de carácter persoal e da documentación asistencial.

Respectar e promover o valor da autonomía equivale a capacitar e establecer os sistemas de apoio adecuados para exercer as distintas dimensións da autonomía e permitir a elección e a execución do plan de vida individual de cada paciente ancián. Significa, por exemplo, presumir a súa capacidade, –e non a súa incapacidade–, considerar que é o interlocutor principal, proporcionarlle información axustada ás súas necesidades e habilidades de comprensión, explorar os seus valores e opcións persoais, consultar e escoitar a súa opinión e prestarlle a asistencia necesaria para realizar as súas decisións.

3.3. Intimidade

A intimidade refírese a un ámbito reservado da vida dos individuos que se que-re manter fóra do alcance dos demais. Comprende tanto a esfera íntima como a esfera privada, persoal e familiar, e debe ser preservada de intromisións non autorizadas ou ilexítimas.

Presenta varias dimensións. En primeiro lugar, a intimidade física ou corporal, que esixe coidado e decoro na exploración e a exposición do corpo durante o proceso asistencial, respectando os seus sentimentos de pudor.

En segundo lugar, a intimidade espacial, que alude aos lugares –domicilio, cuartos e outros espazos– onde desenvolve a súa vida privada e as súas relacións persoais.

Bioética

En terceiro lugar, a intimidade informativa, que serve para garantir a confidencialidade das súas comunicacións e informacións íntimas e privadas, así como un tratamento adecuado da documentación asistencial.

O valor da intimidade é tamén importante nos procesos de toma de decisións, xa que conforma a contorna adecuada para recibir a información dos profesionais e para garantir a súa confidencialidade. Fai posible, ademais, que a persoa anciá exprese as súas emocións e as comparta coa súa familia e achegados. O contexto íntimo permite reflexionar con máis tranquilidade, contextualizar as situacións e poñelas en relación co propio sistema de valores e o plan de vida.

3.4. Benestar

A diferenza do concepto máis restrinxido de calidade de vida, que é “a percepción que un individuo ten do seu lugar na existencia, no contexto da cultura e do sistema de valores no que vive e en relación cos seus obxectivos, as súas expectativas, as súas normas, as súas inquietudes” (OMS), o benestar debe entenderse cunha maior amplitude, que comprende boas condicións de vida obxectivas e subxectivas.

No contexto da vulnerabilidade da persoa anciá, o benestar depende de múltiples factores ambientais e persoais, como a expectativa de vida, o estado cognitivo, a discapacidade, a dor crónica, o illamento social, a institucionalización ou o estado funcional, e o seu benestar determínase a través de diversos indicadores como a saúde, as habilidades funcionais, a situación económica, as relacións sociais, a actividade física, os servizos de atención sanitaria e social, as comodidades no propio fogar e nos arredores inmediatos, a satisfacción coa vida, e as oportunidades de aprendizaxe e culturais.

Bioética

O valor do benestar expresa así a conexión entre distintos factores de vulnerabilidade (por exemplo, a vulnerabilidade económica pode disparar a vulnerabilidade emocional e aumentar a vulnerabilidade comunicativa e participativa e tamén a vulnerabilidade familiar) e entre o benestar e os restantes valores (a escaseza de recursos e a consecuente redución de posibilidades de elección poderían considerarse unha discriminación inxustificada que lesiona o valor da igualdade e o valor da xustiza, conxuntamente cos valores da seguridade e a autonomía e mesmo, en casos extremos, o valor da dignidade).

3.5. Seguridade

A vulnerabilidade ontolóxica, vinculada á fragilidade e finitude do ser humano e ás súas limitacións, explica por que todas as persoas somos constitutivamente inseguras. Esta inseguridade acentúase en situacións de dependencia e noutras situacións de vulnerabilidade sociopolítica, que expoñen e desamparan as persoas por causas físicas, psíquicas, económicas, culturais ou políticas, entre outras.

O valor da seguridade é un sentimento de protección fronte aos riscos e danos que pode sufrir o ancián. Experimentase e garántese por diferentes vías persoais, materiais e sociais, e contribúe a fortalecer a súa confianza e autoestima, así como a facilitar a súa toma de decisións e a súa participación na vida da comunidade.

3.6. Igualdade

Existe unha igualdade orixinaria ou esencial, segundo a cal a persoa anciá é digna e igual ao resto dos suxeitos que conforman a sociedade, sen que esa característica, a ancianidade, poida ser *per se* causa de omisión ou diminución do

ética

coidado. Ao contrario, o ancián, en canto tal, require recoñecemento, respecto e a desaparición de toda discriminación inxusta ou arbitraria.

Con todo, o valor da igualdade non é sinónimo de identidade, pois todos somos diferentes en razón das nosas aptitudes, valores, plans de vida, condicións persoais e sociais. A consideración desta diferenza esixe recoñecer e atender razoablemente as desigualdades individuais. É dicir, non só eliminar o trato discriminatorio, senón promover actuacións encamiñadas a unha igualdade real de oportunidades que lle permita a cada persoa anciá seguir desenvolvendo o seu proxecto vital e alcanzar o seu benestar nas mellores condicións posibles.

3.7. Xustiza

A xustiza é unha calidade ou virtude individual e tamén un valor que aparece en situacións de alteridade e relación cos demais. 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.

Esta circunstancia explica as dúas dimensións máis relevantes da xustiza para analizar os coidados da persoa anciá. Dunha parte, a xustiza distributiva, que se ocupa da repartición de bens e cargas de acordo cun criterio de igualdade proporcional, en razón dos méritos. Doutra, e antes de tal distribución, unha segunda dimensión, a xustiza como recoñecemento, que afirma que é necesario ser recoñecido polos demais, tanto polos individuos como polas institucións, para recoñecerse a un mesmo e completar a identidade. Esta reciprocidade previa á distribución posibilita que todas as persoas, entre elas as anciás, participen na deliberación sobre a distribución e reforza a súa xustificación.

Bioética

En suma, o valor da xustiza esixe combinar a universalización ou xeneralización iniciais coa posterior individualización ou axuste da resposta ás características do caso concreto, e mostra de novo a conexión deste con outros valores: dignidade, autonomía, igualdade e seguridade.

3.8. Solidariedade

Máis aló do debido en xustiza, mediante a solidariedade as persoas senten e recoñecen unidas; comparten obrigas, intereses e ideais e conforman un dos alicerces da ética moderna. A solidariedade move os individuos cando outros necesitan a súa axuda, sen intención de recibir algo a cambio.

A vulnerabilidade da persoa anciá confírelle un significado reforzado a este valor, que implica asumir un compromiso de coidado e atención que tome en consideración as súas necesidades específicas e evite a súa desprotección, aínda que non sexa esixible, non garanta un trato recíproco e mesmo lle poida chegar a ocasionar prexuízos á persoa coidadora.



Os ámbitos da asistencia sociosanitaria

4

G 25 → 29

C 85 → 87



O Sistema Público de Saúde de Galicia está constituído polo conxunto de recursos, medios organizativos, actividades, servizos e prestacións públicas cuxa finalidade é a promoción e protección da saúde, a prevención da enfermidade, a asistencia sanitaria, a rehabilitación e a reinserción social, todo iso baixo unha perspectiva de asistencia sanitaria integral e funcionalmente articulada.

A actividade asistencial abarca dous ámbitos de atención: primaria –que inclúe a sociosanitaria (centros e residencias)– e hospitalaria. En cada un deles a vulnerabilidade pode adoptar distintas formas e intensidade.

Con maior frecuencia que no resto da poboación, na persoa anciá poden concurrir unha serie de factores físicos, psíquicos e sociais que a fan especialmente vulnerable en calquera contexto de intervención. Entre os factores físicos e psíquicos os máis relevantes son a deterioración cognitiva propia da idade (que afecta o nivel de comprensión e en xeral a todo o relacionado coa competencia na toma de decisións e no autocoidado), os déficits sensoriais (hipoacusia, perda de visión etc.), que afectan excesivamente o proceso de información/comunicación, e a diminución da mobilidade, que dificulta a accesibilidade aos distintos dispositivos e o manexo dentro destes. Por outra banda, entre os factores sociais sobresaen as relacións familiares e coa contorna, o lugar de residencia (rural ou urbano), a situación de illamento, as dificultades de acceso ao sistema sanitario, os recursos económicos ou o nivel sociocultural.

Bioética

4.1. Atención Primaria

A actividade propia da atención primaria desenvólvese nos centros de saúde ou nos consultorios periféricos dependentes deles, nos domicilios dos pacientes, nos puntos de atención continuada (PAC), e nos centros sociosanitarios/centros residenciais.

Centro de saúde. Constitúe o primeiro acceso ordinario da poboación ao Sistema Público de Saúde de Galicia. Caracterízase por un enfoque global e integrado da atención e asume un papel orientador e de canalización da asistencia requirida pola cidadanía, de aí a súa especial relevancia para detectar as necesidades inherentes ao envellecemento e promover as medidas adecuadas para atendelas.

O domicilio é o lugar onde se presta atención primaria no terreo da privacidade. Este trazo unido a outros como as características da vivenda, que non sempre reúne as condicións que o estado do paciente ancián require máxime se está encamado, dificultan a atención e o seguimento sanitarios.

Outras veces a complexidade procede tamén da dispersión xeográfica ou a contorna na que resida.

Punto de atención continuada (PAC). Constitúe a estrutura física e funcional onde se presta a atención urxente extrahospitalaria e proporciona unha asistencia sanitaria permanente e inmediata cando a situación clínica do paciente ancián así o demanda.

ética

Centro sociosanitario e centro residencial. Conforman unha alternativa ao domicilio para os anciáns que polas súas limitacións físicas e/ou psíquicas non poden valerse por si mesmos e necesitan axuda doutras persoas, polo que non poden permanecer no seu domicilio habitual, ben sexa de forma temporal ou de maneira definitiva.

- **Centro sociosanitario.** Está destinado a pacientes con déficit funcional estable ou non recuperable que sexan beneficiarios da Seguridade Social e estean protexidos polo Servizo Galego de Saúde. Oriéntase aos cuidados de mantemento precisos con medidas que inclúen apoio social, tratamento psicolóxico, médico e rehabilitador axustado ás necesidades dos seus usuarios e finaliza cando ao paciente se lle adxudica unha praza nun centro residencial.
- **Centro residencial,** que presenta tres modalidades:

Residencia. Está destinado a ser a vivenda permanente e común onde se lles presta unha atención integral e continuada ás persoas maiores.

Fogar residencial. Destínase a proporcionarlles con carácter permanente unha atención integral ás persoas maiores que no momento do seu ingreso presentan unha situación de dependencia leve ou moderada. Conta cun máximo de 24 prazas, das cales se reserva o 25 % para grandes dependentes.

Vivenda comunitaria. Alberga, en réxime de convivencia case familiar a un máximo de 12 persoas que, sendo autónomas ou tendo unha dependencia moderada de grao 1, non presentan graves problemas de mobilidade.

Bioética

4.2. Atención hospitalaria

Os hospitais e os centros de especialidades adscritos conforman a estrutura sanitaria responsable de prestar a asistencia hospitalaria programada e urxente, en réxime de consultas externas, urxencias, hospital de día, hospitalización na institución para procedementos cirúrxicos ou médicos e hospitalización a domicilio.

Consultas Externas. O acceso a este tipo de consulta vén motivado por unha maior complexidade no estado de saúde da persoa anciá.

Urxencias. Os servizos de urxencias dos hospitais son a estrutura física e funcional onde se proporciona a atención sanitaria permanente e inmediata nos casos de maior complexidade en que a situación clínica do paciente así o require.

Hospital de Día. É unha estrutura na que o paciente permanece un certo número de horas para recibir tratamentos ou terapias non dispensables fóra da contorna hospitalaria e que non requiren ingreso, polo que ao termo destes pode regresar ao seu domicilio.

Hospitalización. Alude á institución sanitaria onde se ingresa o paciente durante un determinado período para sometelo a cuidados e/ou procedementos médicos ou cirúrxicos que así o requiren.

Hospitalización a domicilio (HADO). Caracterízase por dispensar no domicilio do paciente, nun determinado momento de evolución da súa enfermidade, cuidados e tratamentos de intensidade e/ou complexidade, mediante unha atención multidisciplinar centrada no paciente e os seus achegados.

Bioética

Para acceder á HADO é preciso cumprir uns criterios definidos conforme a condicións estruturais e de coidado circunscritas a unha área determinada de cobertura, por iso é polo que actualmente non se garante o acceso á HADO a todos os seus posibles beneficiarios.



Deliberación sobre a realidade

5

G 31 → 53

C 87 → 96



A vulnerabilidade e os cuidados da persoa anciá deben ser analizados tamén desde unha perspectiva práctica. Para iso examinamos unha serie de situacións reais apoiándonos nas achegas teóricas dos apartados anteriores. Ao non ser nin actuar como un comité de ética asistencial ou un comité de ética en intervención social, simplificaremos o procedemento deliberativo mantendo a súa estrutura global: feitos, valores e deberes.

Comezamos cun caso que presenta a evolución da atención dunha muller anciá nos distintos ámbitos de atención anteriormente presentados. Tras a descrición dos feitos, identificaremos os factores de vulnerabilidade, que é o núcleo deste documento. Despois enunciaremos os valores detectados no caso e, finalmente, dentro de cada un dos ditos ámbitos de atención, propoñeremos recomendacións para responder ás ditas situacións de vulnerabilidade e salvagardar os valores involucrados.

A continuación, presentaremos outros seis casos, nos que recoñeceremos os factores de vulnerabilidade e os valores en xogo sen desenvolver de forma individualizada as recomendacións, senón que agruparemos as propostas do terceiro nivel, propio dos deberes ou cursos de acción, nun conxunto de recomendacións final tras o apartado de conclusións.

Bioética

A realidade de Mercedes...

Mercedes de 76 anos, naceu e residiu sempre na localidade de Moaña. Viúva desde hai 15 anos, vive soa nun piso da súa propiedade sen ascensor e percibe unha pensión de 639,30 euros. É independente para realizar todas as actividades básicas cotiás.

Ten unha filla, Inés, residente en Vigo, que a visita unha vez por semana e a chama por teléfono diariamente. Está separada e ten dous fillos. Traballa como dependenta nunha panadería e os seus ingresos apenas lle permiten chegar a fin de mes.

A súa principal rede de apoio é unha veciña que está pendente dela.

Mercedes acode ao centro de saúde con regularidade para controlar a súa tensión arterial (TA) e para recibir o tratamento analxésico das dores óseas debidas á súa artrose e osteoporose, que paulatinamente a levan a deambular con maior dificultade. Tamén toma medicación para o sono.

O seu médico de referencia de atención primaria desde hai anos, o Dr. Benito, aprecia a súa deterioración progresiva e a súa maior fragilidade, encurvamento e mesmo descoido no aseo persoal.

Tras unha caída no seu domicilio, acode ao centro de saúde acompañada pola súa veciña. É ela quen indica que Mercedes camiña con moita dificultade, cae con frecuencia e se esquece das cousas; de feito, relata que o outro día deixou o lume aceso e case arde a vivenda. En definitiva, cre que Mercedes non debería seguir vivindo soa.

O médico examina o traumatismo sufrido nas pernas, pero non obxectiva datos de fracturas ou lesións graves; só múltiples contusións. Prescríbelle analxésicos, recoméndalle repouso e, a poder ser, non estar soa. A veciña dille que xa avisou a súa filla, que virá esa tarde, e o médico pídelle que lle transmita que quere falar con ela.

Inés pediu permiso no traballo para ir ver a súa nai e falar co médico. Este maniféstalle a súa preocupación por Mercedes e que debería vivir acompañada.

ética

Ambos están de acordo, pero Inés di que a súa nai se nega a abandonar a súa casa, que xa o tentou varias veces, sen éxito. Ademais, ela non pode pagar unha axuda no domicilio debido á súa precaria situación económica. O médico suxírelle ter unha conversación coa traballadora social para estudar os recursos posibles e adecuados para a súa situación.

Uns meses despois, Mercedes dispón no seu domicilio dunha persoa, durante dúas horas, que lle axuda no aseo e nalgunhas tarefas domésticas. Mentres tanto, a súa deterioración física e cognitiva van en aumento.

Unha noite Mercedes desorientase e cae. Non é capaz de levantarse do chan e alí permanece tendida ata que pola mañá a súa veciña descobre o sucedido e chama ao 061, que a traslada ao servizo de urxencias do hospital de Vigo, onde se despraza a súa filla para acompañala. Mercedes sufriu un ictus con hemiplexía dereita e fractura de cadeira dereita, presenta unha hipotermia severa con signos de deshidratación.

Decídese o seu ingreso e a súa evolución é mala. Acusa unha importante deterioración cognitiva, non se recupera da súa hemiplexía e a fractura non mellora. Ante tal pronóstico, descártase intervíla cirurxicamente.

Mercedes permanece hospitalizada case un mes. O equipo médico comúncalle a Inés que a súa nai é agora totalmente dependente e o seu caso remítese ao Servizo de Traballo Social que, tras valoralo, solicita unha praza nun centro residencial ao amparo da Lei da dependencia como suposto de emerxencia.

A pesar de que existe unha familiar con obriga de coidado, nin a súa filla pode renunciar ao posto de traballo para atendela, nin a súa precaria situación económica lle permite afrontar o custo dunha residencia privada. Nestas condicións, a Mercedes asígnaselle unha praza residencial pública na provincia de Lugo, distante uns 160 quilómetros do seu lugar de residencia habitual.

Bio



Meses despois do seu ingreso, Mercedes presenta un cadro de vómitos e dor abdominal. O médico da residencia remítea ao Servizo de Urxencias con moi escasa información escrita e acompañada por unha persoa contratada pola residencia, que non a coñece de nada nin pode achegar ningunha información sobre ela.

A médico que a atende atópase ante unha paciente que sofre unha demencia, presenta un mal estado xeral e da que apenas consta información na historia clínica. Na exploración, obxectiva unha hernia abdominal incarcerada (estrangulada) e avisa o cirurxián, que tras valorar e reducir manualmente a hernia dille: "Xa podes mandala á residencia". A doutora comenta co cirurxián que se descoñece a duración do cadro e que, na súa opinión, o adecuado sería que permanecese en observación para ver a evolución e comprobar ao día seguinte se tolera alimentos. A resposta do cirurxián é: "Fai o que queiras".

Finalmente, a paciente queda en observación coa cuidadora da residencia e recibe a alta ás 48 horas.

Pasados tres días, trasladan novamente a Mercedes ao Servizo de Urxencias, onde volve examinala a mesma doutora. Nesta ocasión chega soa portando unha concisa nota: "Paciente con febre e ictericia".

Confírmase que está febril, icterica e cun cadro de abdome agudo. O seu estado é moi grave.

Realízanse as probas diagnósticas e avísase o Servizo de Cirurxía. A cirurxiá desaconsella a intervención dada a gravidade do estado de saúde de Mercedes, pois é moi probable que faleza no quirófano.

Por todo iso, avísase a residencia para que contacten coa familia. Ao momento, a súa filla chama ao Servizo de Urxencias, onde a informan do mal estado e do mal pronóstico inminente da súa nai. Ela di que está en Vigo, que non sabe como chegar ao hospital e que tentará ir pola mañá. Explícanlle que a situación da súa nai é agónica e que morrerá en cuestión de horas. Inés di que tentará estar alí canto antes.

Pouco despois, ante o empeoramento e o sufrimento da paciente, a médico de garda chama a súa filla para que autorice a sedación. Inés dá a súa autorización e dúas horas despois Mercedes falece soa, nunha habitación do hospital.

DELIBERACIÓN

Como se indicou ao comezo deste apartado, a análise realízase separando os distintos ámbitos de atención, identificando tanto os factores de vulnerabilidade como os valores presentes en cada un deles. Ademais, propóñense recomendacións de actuación dirixidas a eliminar ou reducir a vulnerabilidade e a favorecer a realización dos valores.

DOMICILIO PROPIO/ATENCIÓN PRIMARIA

Factores de vulnerabilidade

- Mercedes vive soa, presenta unha progresiva deterioración xeral e percibe unha pensión de 639,30 euros mensuais (vulnerabilidade cognitiva, funcional, familiar e económica).
- A vulnerabilidade de Mercedes esténdese á súa filla, Inés, que experimenta a súa propia vulnerabilidade pola imposibilidade de atender as necesidades de coidado da súa nai (vulnerabilidade territorial, económica, familiar, emocional e asistencial).

Valores

- **Autonomía decisoria.** Mercedes manifesta o seu desexo de seguir vivindo na casa, pero a súa contorna comeza a cuestionarse se é capaz de seguir tomando esta clase de decisións por mor da súa deterioración.
- **Autonomía funcional.** É dubidoso que Mercedes poida levar á práctica de forma independente a súa decisión de vivir soa na casa.
- **Benestar.** A pesar da súa deterioración cognitiva leve e progresiva, Mercedes elixe permanecer no seu domicilio. Tal e como está, a dita

ética

opción debería completarse con supervisión e a axuda da súa rede de apoio, que lle permitiría vivir como ela quere.

- **Xustiza.** De acordo coa súa elección, Mercedes debería contar cunha rede de apoio que, tendo en conta a súa precaria situación económica e os seus limitados recursos, lle permitise atender as necesidades actuais e vivir no seu domicilio.
- **Seguridade.** A súa progresiva deterioración fai necesaria unha supervisión no fogar, tanto para respectar a súa decisión de permanecer nel como para evitar desamparo e/ou danos por falta de coidado.
- **Solidariedade.** A resposta da veciña exemplifica o compromiso de coidado con quen o necesita, sobre todo pola distancia de Inés, a filla de Mercedes, e a momentánea ausencia de recursos públicos.

Recomendacións

- Avaliar o estado físico e cognitivo de Mercedes por parte do equipo de Atención Primaria e Traballo Social.
- Explorar que desexa nesta circunstancia, onde queredría vivir etc.
- Facer unha valoración do domicilio e das adaptacións necesarias para diminuír o risco de caídas e lesións.
- Iniciar o proceso de planificación anticipada de decisións. A pesar da deterioración cognitiva incipiente, é posible recoller os seus desexos, preferencias e a que lle dá importancia para deseñar o seu futuro.
- Planificar con Mercedes e, se é posible, coa súa filla, os cambios que serán necesarios.
- Xestionar a axuda no domicilio se quere e pode permanecer na súa casa.
- Poñer en marcha os recursos necesarios para o momento actual, entre eles, unha prestación por dependencia.

Bioética

URXENCIAS/HOSPITAL

Factores de vulnerabilidade

- Mercedes permanece case un mes no hospital, e nesa estancia prolongada a súa deterioración avanza de forma significativa ata facela dependente e ter que solicitar urxentemente praza nun centro residencial por non poder vivir soa. Unha vez máis se aprecian a súa vulnerabilidade cognitiva, funcional e familiar e, como novidade, a súa vulnerabilidade emocional e habitacional.
- Tamén concorre aquí a vulnerabilidade familiar, emocional, económica e asistencial de Inés, a súa filla.

Valores

- **Autonomía decisoria.** Mercedes perdeu a capacidade para adoptar de forma autónoma decisións sobre a súa saúde, intervencións, elección de tratamentos e coidados.
- **Autonomía funcional.** Mercedes é totalmente dependente.
- **Seguridade.** A maior deterioración cognitiva e física, xunto coa incapacidade para o autocoidado e a imposibilidade de que a coide a súa filla ou outras persoas, aumenta o risco de sufrir danos físicos, como sucede coa caída.
- **Xustiza/Xustiza distributiva.** O ingreso prolongado no hospital de pacientes agudos supón un uso de recursos que non serían necesarios para Mercedes se fose trasladada sen demora a outro ámbito ou se facilitasen outro tipo de recursos para que a súa filla asuma o coidado. Ao mesmo tempo, os recursos empregados na atención de Mercedes deixan de destinarse a outros usuarios que poidan necesitalos.

Bioética

Recomendacións

- Valorar de forma global as necesidades de Mercedes para adecuar a resposta a estas.
- Incluír a súa filla na planificación anticipada das decisións e dos cuidados.
- Informar, desde o inicio do ingreso, acerca das alternativas de residencia máis próximas posibles á contorna de Mercedes.

RESIDENCIA

Factores de vulnerabilidade

- Mercedes ingresa nunha residencia pública onde persisten as situacións de vulnerabilidade xa identificadas, ás que se lles engade a distancia –160 quilómetros– do lugar de residencia de Inés, que agora suma á súa vulnerabilidade económica, familiar e emocional unha maior dificultade para ocuparse da atención da súa nai (vulnerabilidade territorial e asistencial).

Valores

- **Benestar.** Este valor queda comprometido pola maior deterioración de Mercedes e pola prestación de cuidados nunha contorna institucionalizada, distinto da contorna domiciliaria que elixira e preferira, e afastada da súa familia e das persoas achegadas.
- **Autonomía.** Dificultade para seguir respectando o seu desexo vital de permanecer na súa contorna e descoñecemento/falta de alternativas, ao non existir planificación anticipada de decisións ou anotacións na historia clínica.
- **Igualdade.** A insuficiencia dos recursos privados (persoais, familiares e económicos), e a inadecuación dos recursos públicos para levar á

ética

práctica o plan de vida elixido por Mercedes restrinxen as oportunidades e as alternativas á súa disposición.

- **Xustiza.** Imposibilidade económica de coidados domiciliarios ou de obter coidados de natureza privada e prestación de coidados moi distante –160 quilómetros– do seu domicilio.

Recomendacións

- Avaliar ao ingresar na residencia a capacidade para participar na toma de decisións presentes e sobre o futuro, e incluír a súa filla na planificación anticipada das decisións e coidados de Mercedes.
- Planificar os coidados diarios de saúde e avaliar periodicamente as necesidades con fins preventivos.
- Minimizar a “deslocalización” de forma que as persoas ingresen en centros residenciais e/ou residencias da contorna habitual; e se o ingreso urxente é un lugar afastado, xestionar o achegamento canto antes para evitar os riscos da dita “deslocalización”.
- Promover un protocolo e/ou vías integradas de atención que permitan reducir os ingresos hospitalarios das persoas anciás e así reducir os efectos (perniciosos) que lles producen.

URXENCIAS/HOSPITAL

Factores de vulnerabilidade

- Mercedes, que xa padece unha deterioración plena, é conducida cunha persoa que non a coñece ao Servizo de Urxencias hospitalarias en estado grave. Nin a residencia achega, nin o hospital dispón de información suficiente sobre a súa saúde e antecedentes. A maior parte

Bioética

do tempo permanece soa e así é como falece sen que a súa filla poida chegar para acompañala. Aos factores anteriormente descritos e á coexistencia de vulnerabilidades de nai e filla, engádese a vulnerabilidade cultural sufrida por Mercedes.

Valores

- **Dignidade**, que implica respecto independentemente da situación de saúde e das condicións persoais.
- **Xustiza**, que require a necesaria coordinación entre os profesionais dos distintos ámbitos de atención para tomar a mellor decisión sobre o ingreso ou non, e xestionar eficaz e equitativamente os recursos.
- **Seguridade**, xa que os escasos datos dispoñibles sobre a súa saúde (tempo de evolución da hernia incarcerada, antecedentes etc.) fan necesaria unha maior vixilancia ata completar a información e ver a evolución, aínda que como consecuencia se consuman máis recursos (ingreso, observación).
- **Benestar**, pois se o servizo de urxencias non é o mellor espazo posible para que estea Mercedes, a súa permanencia no sen vixilancia polo persoal da residencia podería anticipar a deterioración.

Recomendacións

- Promover a continuidade asistencial. A coordinación entre ámbitos e niveis de atención é complexa e a escasa ou nula transmisión de información dificulta a calidade da atención. A posibilidade de unificar a historia sociosanitaria facilitará a atención compartida e integral do paciente.
- Promover un protocolo de atención específica da persoa anciá que acode soa a un servizo de urxencias dadas as súas particulares condicións e as deste espazo asistencial.

Bioética

Outras realidades...

A análise das situacións seguintes será máis sinxela que a da anterior. Centrarémonos na identificación dos factores de vulnerabilidade e dos valores. As recomendacións serán reunidas, enunciadas e desenvolvidas no apartado final do documento.

Ética

Francisco e Carmen son un matrimonio de octoxenarios. Viven sós no seu domicilio, non teñen fillos e a súa única familia son uns sobriños que residen fóra de Galicia.

Francisco cae na rúa e sofre un traumatismo cranioencefálico, que motiva o seu ingreso no hospital. Carmen, a súa esposa, acompáñao durante toda a súa estancia.

Co paso dos días evidénciase a fragilidade de Carmen e o persoal sanitario solicítalle unha interconsulta á traballadora social do hospital que, cara á alta, lle propón contactar cun servizo de axuda a domicilio (que o matrimonio podería cofinanciar, xa que non ten problemas económicos). Carmen rexéitaa, argumentando que eles se bastan para coidarse.

Cando os sobriños acoden ao hospital infórmaselles das dificultades percibidas para que os seus tíos acepten axuda externa.

Aos tres meses da alta hospitalaria Carmen ingresa por un traumatismo cranioencefálico tras unha caída na vivenda. Ante a imposibilidade de retorno ao domicilio, contáctase de novo cos sobriños, búscase praza para ambos nun centro residencial privado e remítese o caso á traballadora social do seu concello, coñecedora da situación, para que se valore a solicitude de residencia pública, ao amparo da Lei da dependencia.

Bioética

Factores de vulnerabilidade

- Falta de apoio familiar.
- Desorientación de Carmen no hospital.
- Progresiva deterioración cognitiva de Carmen.
- Deterioración física de Francisco.
- Imposibilidade de vivir sós.

(Vulnerabilidade cognitiva, funcional e habitacional)

Valores

- **Autonomía decisoria e funcional** manifestada no desexo expresado de vivir no seu domicilio e non aceptar axuda, e nas consecuencias das súas caídas para levar á práctica as súas decisións, en particular, seguir vivindo sós na súa casa.
- **Benestar**, dada a súa convicción de que é no seu domicilio onde se van sentir a gusto.
- **Intimidade**, que queren protexer e que cren que podería verse afectada pola presenza do persoal do servizo de axuda a domicilio.
- **Seguridade**, pois as condicións físicas de Francisco e a deterioración cognitiva de Carmen poñen en perigo a súa seguridade se residen sós e sen apoios na súa casa.

Bioética

Carlos ten 79 anos e presenta unha deterioración cognitiva moderada no contexto dun proceso de demencia que se iniciou hai 8 anos. Non ten familia e vive nun centro residencial de maiores. Desde hai cinco anos está encamado e é dependente para as actividades básicas da vida diaria. Foi declarado legalmente incapaz e está tutelado por unha fundación.

Para Carlos a alimentación oral empezou a supoñer un serio problema, xa que, aínda que ata agora pode alimentarse por vía oral, se atragoa cada vez con máis frecuencia. Desde hai dous días non se atopa ben: ten febre, tose e dificultade para respirar, polo que o centro o remite ao hospital, onde se lle diagnostica unha pneumonía por broncoaspiración e exponese, dada a súa evolución, a necesidade de tomar algunhas decisións, entre elas, poñerlle ou non unha sonda nasogástrica.

ética

Factores de vulnerabilidade

- Deterioración cognitiva.
- Incapacidade funcional.
- Falta de apoio familiar e escaso contacto co seu representante legal.

(Vulnerabilidade cognitiva, funcional e asistencial)

Valores

- **Autonomía decisoria**, dado o escaso ou nulo coñecemento sobre Carlos que ten a entidade que o representa.
- **Benestar**, porque a súa calidade de vida non é boa e a colocación dunha sonda nasogástrica, aínda que leva riscos, podería melloralala.
- **Seguridade**, pois nas súas circunstancias, existe o risco de que se presenten complicacións (como a actual pneumonía).

Bioética

Teresa ten 88 anos e ata hai pouco tempo vivía no seu domicilio e coidaba do seu fillo Antonio, de 50, con discapacidade intelectual.

Hai un par de anos Teresa empezou a comportarse de forma estraña: desorientábase con facilidade e contaba que os seus veciños lle roubaban a comida. Diagnosticóuselle un trastorno delirante, posiblemente no contexto dunha demencia. Ao non ter familiares que se puidesen ocupar dela, Teresa ingresou nun centro residencial de maiores.

Hai dous meses, foi trasladada ao hospital con febre, deterioración do seu estado xeral e unha infección do tracto urinario causada por unha bacteria multiresistente. Tras un mes ingresada na planta de medicina interna, recibiu a alta cunha serie de recomendacións específicas de coidado, pois superara a infección, pero a bacteria aínda colonizaba o tracto urinario.

Os/as responsables do centro residencial non aceptaron o seu retorno, por considerar que podía poñer en risco a saúde do resto dos residentes.

Bioética

Factores de vulnerabilidade

- Deterioración cognitiva.
- Enfermidade.
- Estancia prolongada (innecesaria) no hospital.
- Falta de apoio familiar.
- Estigmatización debido á súa patoloxía.

(Vulnerabilidade cognitiva, funcional, familiar, asistencial e habitacional).

Valores

- **Dignidade**, pois toda persoa, con independencia do seu estado de saúde, merece un trato respectuoso.
- **Benestar**, dado que entraña menores riscos para a súa saúde retornar á residencia.
- **Igualdade**, pola diferenza de trato respecto doutras persoas nunha situación semellante no hospital e na residencia.
- **Xustiza/Xustiza distributiva**, en razón da ocupación inxustificada dunha cama hospitalaria, que implica un uso indebido de recursos públicos e provoca unha desigualdade para o resto da cidadanía.
- **Seguridade**, porque a estancia no hospital aumenta o risco de contraer outra ou outras infeccións.

Ética

Manuel ten 85 anos e era totalmente independente ata o día en que sufriu un ictus que o deixou inconsciente e prostrado nunha cama. A pesar de que o prognóstico inicial non era optimista (os médicos dixéronlles aos seus familiares que a súa supervivencia sería duns poucos meses), leva 10 anos encamado, polimedicado e alimentado por unha sonda nasogástrica.

O seu único fillo, Pedro, que se fixo cargo do seu pai desde entón, vive a 50 quilómetros do hospital máis próximo, onde ten que desprazarse unha vez ao mes para recoller a alimentación enteral. Para este desprazamento, independentemente do resto de citas médicas, debe pedir permiso no seu traballo, xa que o horario de atención no servizo de farmacia do hospital coincide co seu horario laboral.

Ademais, a sonda nasogástrica supónlle a Pedro máis dun crebacabezas: ás veces o seu pai arríncaa, polo que ten que atarlle as mans á cama, e tamén se lle atasca con frecuencia, porque a maior parte dos medicamentos que ten prescritos están formulados para a súa administración por vía oral, e non a través da sonda.

No centro de saúde que lle corresponde, a miúdo pónenlle problemas para cambiala e para desprazarse ao seu domicilio, xa que non sempre dispoñen de sondas nasogástricas nin de persoal adestrado para a súa colocación.

Todas estas dificultades, sumadas ao prolongado coidado do seu pai, fan que Pedro presente desde hai meses, unha “síndrome do coidador”, cunha importante afectación na esfera anímica.

Bioética

Factores de vulnerabilidade

- Deterioración física e cognitiva do paciente.
- Estado emocional do cuidador.
- Falta de recursos sociosanitarios (servizo de axuda a domicilio, atención sanitaria domiciliaria)

(Vulnerabilidade cognitiva, funcional, familiar, emocional, territorial e asistencial)

Valores

- **Benestar**, pois a situación de Manuel, influída por unha cuestionable decisión médica inicial, non presenta boas condicións de vida obxectivas e subxectivas, dada a inadecuación dos cuidados recibidos. Ademais, xeroulle vulnerabilidade e perda de benestar ao seu fillo, Pedro.
- **Xustiza/Xustiza distributiva**, pola insuficiencia e inadecuación dos recursos para o cuidado de Manuel, e por destinar a estes cuidado recursos que poderían dirixirse a atender as necesidades doutros usuarios.
- **Igualdade**, polas diferentes posibilidades de acceso aos cuidados en razón do territorio ou lugar de residencia e as condicións laborais.

Bioética

Juan, de 80 anos, sen familiares próximos, vivía só no seu domicilio ata hai uns meses.

Hai un ano diagnosticáronlle un cancro de fígado que se empezou a tratar de forma ambulatoria no hospital de día de Oncoloxía.

Hai un mes o seu estado de saúde empeorou e tivo que ingresar no hospital. No momento da alta, a súa nova situación de importante deterioración física facía imposible que puidese volver vivir só no domicilio, polo que o servizo de traballo social solicitou para el unha praza nun centro residencial de maiores pola vía de "emerxencia social". Mentres tanto, e á espera de que lle asignasen a praza definitiva, permaneceu nun centro sociosanitario concertado co Sergas.

Cando lle adjudicaron a praza a 200 quilómetros do seu lugar de residencia, Juan derrubouse, pois, a pesar do seu estado de saúde, mantiña o contacto cos seus veciños e gustaríalle seguir vivindo na aldea, onde ten a súa vida e os seus amigos.

ética

Factores de vulnerabilidade

- “Deslocalización”.
- Deterioración física.
- Falta de apoio emocional (amigos, contorna).

(Vulnerabilidade funcional, territorial, habitacional e emocional)

Valores

- **Benestar**, dado que as condicións de vida e o plan de coidados da súa elección (vida no seu domicilio, en contacto cos seus veciños), e mesmo a opción subsidiaria de estancia nun centro residencial, non son posibles.
- **Autonomía**, en primeiro lugar, pola perda de autonomía funcional a causa do empeoramento do seu estado de saúde, e mesmo, e en segundo lugar, por perder tamén a súa autonomía decisoria, na medida en que non é posible respectar a súa elección sobre o plan de vida e coidados no seu domicilio.
- **Xustiza**, pois os recursos postos a disposición de Juan, a pesar de servir para atender momentaneamente a súa deterioración física, non respectan a súa decisión autónoma, non satisfán o seu benestar respecto dos seus coidados, e poden orixinar un empeoramento do seu estado de saúde.

Bioética

Pilar é unha muller de 92 anos competente e autónoma para as actividades básicas da vida diaria. Vive soa nun quinto piso sen ascensor. Non ten apoio familiar de referencia. Un veciño adoita prestarlle axuda para a compra e outros recados simples.

Ao atopala prostrada no chan da súa casa, sen recibir asistencia ao longo de todo un día, chama a unha ambulancia que a traslada ao Servizo de Urxencias do hospital, onde permanece ingresada varios días por unha rabdomiólise, que tras a alta lle impide camiñar. Aínda así, quere regresar ao seu domicilio. Tan só 24 horas despois é conducida de novo ao Servizo de Urxencias porque o seu veciño non pode facerse cargo dela no domicilio e deixou de ser autónoma para atender as súas necesidades básicas diarias, como asearse ou preparar a comida.

Pilar non ten problemas económicos, pero nin quere ir a unha residencia nin ingresar no hospital (nin existen criterios para iso). Despois de varias interconsultas coa traballadora social e co Servizo de Medicina Interna, decide volver á súa casa. Cando o persoal da ambulancia chega ao domicilio e constata a situación na que quedaría, devólvena ao Servizo de Urxencias xa que alegan que non son capaces de deixala nesas condicións. Finalmente, Pilar ingresa no hospital á espera de que se tramite unha vía alternativa á de residir no seu domicilio.

Bioética

Factores de vulnerabilidade

- Incapacidade funcional (temporal).
- Falta de apoio familiar.
- Características da vivenda.
- Estrutura e recursos do sistema de cuidados

(Vulnerabilidade funcional, emocional e habitacional)

Valores

- **Autonomía decisoria e funcional.** A estrutura asistencial impide respectar a decisión autónoma de Pilar, quen, por outra banda, é incapaz de atender por si mesma as súas necesidades básicas e de levar á práctica as súas decisións sobre o seu coidado e plan de vida.
- **Benestar.** A situación persoal de Pilar (perda de autonomía para atender as súas necesidades básicas) e as características do seu domicilio impedíronlles aos técnicos respectar a súa elección.
- **Xustiza/Xustiza distributiva.** Non existen recursos para proporcionar cuidados adecuados a Pilar no seu domicilio (respectando a súa decisión autónoma, máis aínda en ausencia de criterios ou indicación de ingreso). Ademais, o seu reingreso no hospital implica o consumo de recursos inadecuados para a súa situación e necesarios para outros usuarios.
- **Seguridade.** O ingreso residencial sería unha solución alternativa para mellorar a protección física de Pilar e para evitar danos, aínda que podería diminuír a súa confianza e autoestima.

A vulnerabilidade é a condición que fai a unha persoa susceptible de ser danada física ou psiquicamente e é fonte de deberes morais, por canto non danar é unha obriga ética básica.

A vellez é unha etapa da vida na que segue sendo posible desenvolver proxectos persoais, pero na que se incorporan elementos que expoñen a algunhas persoas anciás a unha maior vulnerabilidade.

A vulnerabilidade depende das características e as circunstancias individuais e sociais, e maniféstase con distinta intensidade en cada persoa anciá e nos diferentes momentos da súa vida.

Os factores que orixinan a vulnerabilidade adoitan manifestarse en forma de capas acumulables e identifícanse distintos tipos de vulnerabilidade: cognitiva, funcional, económica, familiar, emocional, territorial, asistencial, habitacional, territorial, comunicativa, participativa e cultural.

Bioética

A vulnerabilidade da persoa anciá mostra a brecha existente entre as necesidades de cuidados e a resposta efectiva, tanto no ámbito público como no privado.

O efecto de irradiación que produce a vulnerabilidade na contorna converte en vulnerables as persoas encargadas do cuidado, para as cales esta tarefa é un estresor que lles produce efectos negativos que coexisten con outros positivos. Todo iso xera a necesidade de coidar o coidador, en particular ao denominado coidador informal, que adoita ser unha muller.

O envellecemento progresivo, o aumento da esperanza de vida e a incorporación da muller ao mercado laboral influíron na organización social, o modelo laboral e económico, os costumes, as formas de vida, e condicionan as políticas de cuidado. Este cambio debería propiciar o tránsito cara a un sistema capaz de atender a pacientes que precisan recursos coordinados, sociais e sanitarios.

Os coidadores informais e as necesidades non detectadas mostran que para completar o panorama da vulnerabilidade das persoas anciás na nosa sociedade é preciso ter en conta unha realidade paralela non contabilizada nos datos estatísticos.

ética

O coidado da vulnerabilidade require combinar actuacións preventivas e paliativas, educativas e asistenciais, individuais e sociais.

A dignidade da persoa anciá impón unha obriga categórica de recoñecemento e respecto, especialmente esixible a todos os profesionais implicados na atención sociosanitaria.

Respectar e promover o valor da autonomía (decisoria, funcional ou executiva e informativa) supón capacitar e establecer sistemas de apoio adecuados para que toda persoa anciá poida elixir e realizar o seu proxecto vital.

A intimidade (física ou corporal, espacial e informativa) é un ámbito reservado da nosa vida que contribúe a preservar a confidencialidade e mellora o proceso da toma de decisións.

Como a fragilidade se acentúa en situacións de dependencia e vulnerabilidade, o valor da seguridade proporciona previsibilidade e protección fronte aos riscos e danos que poida sufrir a persoa anciá.

Bio

A falta dunha **igualdade** real de oportunidades impide que a persoa anciá siga desenvolvendo o seu proceso vital e alcance o seu benestar.

O valor da **XUSTIZA** esixe o recoñecemento e a participación da persoa anciá, e unha repartición equitativa de bens e cargas orientado a garantir os seus coidados.

A **solidariedade** supón asumir un compromiso non esixible de coidado da persoa anciá que atenda as súas necesidades específicas e evite a súa desprotección.



Recomendacións

Para a Administración

Consolidar a cultura bioética como aceno de identidade do Sistema Público de Saúde de Galicia.

Desenvolver políticas de formación en Bioética que lles axuden aos profesionais dos sistemas sanitario e social a detectar e xestionar situacións de vulnerabilidade.

Promover a reflexión sobre aspectos éticos da atención ás persoas anciás vulnerables.

Recoñecer a autonomía e fomentar o respecto ás persoas anciás.

Dinamizar a coordinación eficiente entre o sistema sanitario e o sistema social e promover plans individualizados de atención que integren as necesidades sanitarias e sociais de cada persoa anciá.

Planificar unha asistencia sanitaria das persoas anciás en consonancia coa realidade demográfica de Galicia, que poña especial énfase na atención primaria, domiciliaria e nos hospitais de día.

Bioética

Establecer mecanismos de avaliación que aseguren unha atención de calidade.

Adecuar aos factores de vulnerabilidade das persoas anciás a prioridade asistencial, os espazos, os recursos e as medidas de protección e supervisión.

Axustar as novas tecnoloxías ás necesidades e circunstancias das persoas anciás vulnerables.

Potenciar unha valoración e resolución da dependencia máis áxil e adaptada ás circunstancias das persoas anciás.

Promover a planificación anticipada das decisións e os documentos de instrucións previas entre a cidadanía e facilitar o seu coñecemento e uso por parte dos profesionais asistenciais.

Incluír na historia clínica un apartado para a historia de valores dos pacientes de fácil consulta polos profesionais.

Incorporar a atención á vulnerabilidade da persoa coidadora como parte esencial da asistencia sanitaria da persoa anciá.

ética

Para os profesionais

Ser proactivos na detección dos factores de vulnerabilidade que ameazan o proxecto vital da persoa anciá.

Prestarlle atención á vulnerabilidade das persoas coidadoras.

Garantir un seguimento específico dos anciáns que viven sós ou con escaso apoio social e familiar e establecer alertas das situacións de vulnerabilidade.

Explorar as preferencias e os valores dos pacientes sobre os seus coidados, axustar o proceso de información ás súas necesidades e circunstancias, e documentalos adecuadamente na historia clínica.

Promover a planificación anticipada das decisións e a elaboración do documento de instrucións previas.

Favorecer a atención primaria e evitar no posible a hospitalización.

Promover a atención coordinada entre os profesionais e realizar unha asistencia continuada dos pacientes vulnerables.

Bioética

Utilizar de maneira responsable os recursos do sistema público para prestar unha asistencia de calidade.

Favorecer o desenvolvemento de boas prácticas (conciliación farmacoterapéutica, adecuación das medidas de contención, plan de coidados á alta hospitalaria, evitar tratamentos fútiles) e dun plan de prevención específico da iatroxenia asistencial nas persoas anciás.

Para a cidadanía

Rexeitar a estigmatización das persoas anciás, fomentar o seu respecto e a súa autonomía, e establecer canles de participación que lles permitan seguir sentíndose útiles e conectadas coa súa comunidade.

Participar en medidas preventivas das situacións de vulnerabilidade derivadas do envellecemento e a deterioración da saúde que se orienten a favorecer a autonomía e a seguridade.

Tomar conciencia do que supón o proceso de envellecer no noso proxecto vital e das limitacións futuras que leva asociadas.

Bioética

Implicarnos na configuración dos coidados futuros a través da planificación anticipada das decisións e o documento de instrucións previas.

Contribuír a mellorar a atención comunicándolle ao persoal sanitario a nosa situación clínica, medicación e calquera outras medidas de soporte. Esta responsabilidade correspóndelles tamén ás persoas coidadoras e á contorna familiar e persoal.

Colaborar co persoal sanitario cando explore os nosos valores e preferencias sobre os coidados e decisións futuras.

Compartir as tarefas de coidado das persoas anciás para corrixir a asimetría de xénero.

Facer un uso responsable do sistema sanitario.

Bibliografía

8

G 65 → 68
C 100 → 102

- Alonso-Renedo FJ; González-Ercilla L; Iraizoz-Apezteguía I.** El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014; 49:228-234. [Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4852539>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Baztán-Cortés JL, González-Montalvo JI, Solano-Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M.** Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin.* 2000; 115: 704-717. [Disponible en: <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/ancianoI.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Carrera-Castro C.** Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. *Enfermería Global.* 2012; 27: 356-378. [Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Casado M, Rodríguez P, Vilà A. (coords).** Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad. Barcelona: Universitat de Barcelona. Observatori de Bioètica i Dret; 2016. [Disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08532.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Comisión Gallega de Bioética.** Los cuidados al final de la vida. Xunta de Galicia Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde Santiago de Compostela; 2012. [Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.** Documento de reflexión sobre contenciones. Generalitat de Catalunya; 2015. [Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/RefelxionesContencionesCEticaCatalunya.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Estratexia Sergas 2020.** Xunta de Galicia. [Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Feito L.** Vulnerabilidad. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 (Supl. 3): 7-22. [Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2004>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Fernández-Alonso MC; Herrero-Velázquez S.** Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria.* 2006 ;37 (1): 56-59. [Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81133600.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)

Bioética

- García Pérez J.** Bioética y Personas Mayores. Madrid: Informes Portal Mayores. 2003; 4 [Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- González de Paz L.** Una bioética clínica para la atención primaria de salud. SEMEGEN Medicina de Familia. 2013; 39: 447-449. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000476?via%3Dihub>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Helge Solbakk JA.** Vulnerabilidad ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? Revista Redbioética/UNESCO.2011;1:(3),89-101. [Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002129/212982m.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Instituto Galego de Estatística,** 2018 [Disponible en: <https://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=es>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Organización Mundial de la Salud.** Estrategia y plan de acción mundial sobre envejecimiento y la salud 2016-2020; 2016 [Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf] (Data de acceso: 05/06/2018)
- López J, López-Arrieta, J, Crespo M.** Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. Arch Gerontol Geriatr. 2005; 41 (1): 81-94. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494304001979?via%3Dihub>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- López MF, Fernández JM, Arrojo M.** Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013. Liñas estratéxicas para o desenvolvemento de accións asistenciais sociosanitarias. Xunta de Galicia. [Disponible en: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/490/Plan%20marco%20de%20atención%20sociosanitaria%20de%20Galicia%202013\(Galego\).pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/490/Plan%20marco%20de%20atención%20sociosanitaria%20de%20Galicia%202013(Galego).pdf)] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Luna F.** Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics. 2009; 2(1): 121-139. [Disponible en: <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/ijfab.2.1.121>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Luna F:** Repensando políticas públicas desde la noción de capas de vulnerabilidad: el caso de las personas mayores. Bioethics UPdate 2015;1:54-73. [Disponible en: <https://kundoc.com/pdf-repensando-politicas-publicas-desde-la-nocion-de-capas-de-vulnerabilidad-el-caso.html>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Martín-Lesende I, Gorroñogoitia-Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán-Cortés JJ, Abizanda Soler P.** El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010; 42: 388-393. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>] (Data de acceso: 05/06/2018)

ética

- Martínez-Ques AA.** La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos. *Revista de Derecho UNED.* 2015 17: 1067-1102. [Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/viewFile/16262/14009>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Martínez-Ques AA.** Uso y abuso de las contenciones y sujeciones mecánicas. *Ética de los Cuidados.* 2017; 10 (19) [Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et1902.php>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- MATIASS** manual de trabajo, información y asesoramiento en servicios sociales. Consellería de Política Social. Xunta de Galicia. [Disponible en: https://matiaass.xunta.es/index.php?option=com_user&view=login] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Observatorio de personas mayores.** Cuidadores y cuidadoras: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.* Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2008; 35. [Disponible en: <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Pamplona, R.** La vida humana ante el proceso de envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44: 119. [Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-vida-humana-ante-el-S0211139X09001000>] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Patrão-Neves MC.** Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética.* 2006; 2(2): 157-172. [Disponible en: https://www.mpatrao-neves.pt/media/pub/paper/M_Patr%C3%A3o_Neves_Sentidos_da_Vulnerabilidade.pdf] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Peris JF, Fernández EM, García-Mina M, Santos B, Albiñana MS, Delgado E.** et al. Prestación Farmacéutica Especializada en Centros Sociosanitarios: Análisis de situación y Propuesta. Madrid: CRONOS-SEFH; 2013. [Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Recomendaciones sociedades científicas.** Compromiso por la calidad. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: 2018. [Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm] (Data de acceso: 05/06/2018)
- Rogers W, MacKenzie C, Dodds S.** Why Bioethics needs a concept of vulnerability. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics.* 2012; 5 (2): 11-38.
- Sánchez-Beizaa L, Sánchez-del Corral F.** Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. *Aten Primaria.* 2000; 26 (5): 331-332. [Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656700786756-S300] (Data de acceso: 05/06/2018)

Bio

Ten Have H. Respect for human vulnerability: the emergence of a new principle in Bioethics. *Bioethical Inquiry*. 2015; 12: 395-408.

The Commonwealth Fund International Experts Working Group on Patients with Complex Needs Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs. *Ten Recommendations for Policymakers*; 2017 [Disponible en: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2017_aug_roland_10_recommendations_for_complex_patients_revisedexpanded.pdf] (Data de acceso: 05/06/2018)

Tronto JC. *Caring democracy. Markets, equality, and justice*. New York: New York University Press; 2013.

UNESCO International Bioethics Committee (IBC). *The principle of respect for human vulnerability and personal integrity*; 2013. [Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002194/219494E.pdf>] (Data de acceso: 05/06/2018).

Ámbito europeo

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento de datos persoais e á libre circulación destes datos e polo que se derroga a Directiva 95/46/CE (Regulamento xeneral de protección de datos) (DOUE nº 119, de 4 de maio de 2016) [Dispoñible en <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Ámbito estatal

Constitución española. (BOE nº 311, do 29 de decembro de 1978) [Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Convenio para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano con respecto ás aplicacións da Bioloxía e a Medicina (Convenio relativo aos dereitos humanos e á Biomedicina), feito en Oviedo o 4 de abril de 1997. (BOE nº 251, do 20 de outubro de 1999). [Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638&lang=eu>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade. (BOE nº 102, do 29 de abril de 1986) [Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. (BOE nº 298, do 14 de decembro de 1999) [Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica. (BOE nº 274,

Bioética

do 15 de novembro de 2002). Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf> (Data de acceso: 05/07/2018).

Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. (BOE nº 299, do 15 de decembro de 2006) [Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Real Decreto 1720/2007, do 21 de decembro, polo que se aproba o Regulamento de desenvolvemento da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. (BOE nº 17, do 19 de xaneiro de 2008) [Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-979>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Real Decreto-lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións (BOE nº 98, do 24 de abril de 2012). [Dispoñible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/B>] (Data de acceso: 05/07/2018).

Real Decreto-lei 7/2018, do 27 de xullo, sobre o acceso universal ao Sistema Nacional de Saúde. (BOE nº 183, do 30 de xullo de 2018). [Dispoñible en <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>] (Data de acceso: 31/07/2018).

Ámbito autonómico galego

Lei galega 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e a historia clínica dos pacientes (DOG nº 111, de 8 de xuño de 2001), modificada pola Lei 3/2005, do 7 de marzo (DOG nº 55, de 21 de marzo de 2005) [Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2005/20050321/Anuncio892E_es.html] (Data de acceso: 05/07/2018).

Lei galega 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia, modificada pola Lei 1/2018, do 2 de abril (DOG nº 143, de 24 de xullo de 2008) [Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2008/20080724/Anuncio3172A_es.html], modificada pola Lei 1/2018, do 2 de abril (DOG nº 68, do 9 de abril de 2018) [Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2018/20180409/AnuncioC3B0-040418-0001_gl.html] (Data de acceso: 05/07/2018).

ética

Orde conxunta do 7 agosto de 2009, da Consellería de Sanidade e da Consellería de Traballo e Benestar, pola que se crea o comité de planificación de atención sociosanitaria de Galicia. (DOG nº 168, do 27 de agosto de 2009) [Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2009/20090827/Anuncio31722_gl.html] (Data de acceso: 05/07/2018).

Lei galega 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais. (DOG nº 133, do 16 de xullo de 2015). [Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2015/20150716/AnuncioC3B0-020715-0003_gl.pdf] (Data de acceso: 05/07/2018).

Decreto 23/2018, do 15 de febreiro, polo que se modifica o Decreto 149/2013, do 5 de setembro, polo que se define a carteira de servizos sociais para a promoción da autonomía persoal e a atención ás persoas en situación de dependencia, e se determina o sistema de participación das persoas usuarias no financiamento do seu custo. (DOG nº 40, do 26 de febreiro de 2018) [Dispoñible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2018/20180226/AnuncioG0425-190218-0004_es.html] (Data de acceso: 05/07/2018).

Ética, vulnerabilidad y ancianidad

DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES



Autores

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

Todos ellos integran el Consello de Bioética de Galicia. Los/as autores/as aprobaron este texto en la 29ª sesión ordinaria del pleno del Consello de Bioética de Galicia, celebrada el 4 de julio de 2018 en Santiago de Compostela.

Agradecimientos: A Ángel Alfredo Martínez Ques, por su contribución en la etapa inicial de este documento

Ética, vulnerabilidad y ancianidad

Documento de recomendaciones

C 75 → 75

G 5 → 6

Presentación

El Consello de Bioética de Galicia es un órgano colegiado de carácter permanente, consultivo, interdisciplinar e independiente que tiene como misión asesorar a la Administración y a los profesionales de la salud, promover en el ámbito sanitario la formación y la consideración de la Bioética como criterios de calidad y buena práctica profesional, y contribuir a la información y favorecer el debate de la ciudadanía sobre las dimensiones éticas y sociosanitarias de la práctica asistencial.

Para cumplir lo así establecido en su Orden reguladora de 16 de octubre de 2015 y continuar la tarea de su predecesora, la Comisión Galega de Bioética, el Consello desarrolla varias líneas de trabajo vinculadas a temas estratégicos de la organización sanitaria gallega. Sus dos primeros documentos, *El conflicto de intereses en el ámbito de la salud. Documento de recomendaciones (2016)* y *Ética en el acceso y en el uso de la documentación clínica. Reflexiones y recomendaciones (2017)*, se completan ahora con *Ética, vulnerabilidad y ancianidad (2018)*, su más reciente publicación.

Este tercer documento refleja, una vez más, nuestra deliberación bioética, pero con un tono diferente. En primer lugar, porque las vivencias y los vínculos con la realidad están más presentes: todos convivimos con experiencias de cuidado de la vulnerabilidad. De aquí surge un segundo rasgo distintivo: un lenguaje bioético más atento a la corporalidad y las emociones. Ofrecemos argumentos racionales y razonables, pero desde una inteligencia sentiente –si aceptamos la expresión zubiriana– o una razón cordial –en la formulación de Adela Cortina–. En tercer lugar, porque en la vulnerabilidad de las personas ancianas se hace más evidente la influencia de los determinantes sociales de la salud, del contexto. Es decir, envejecer y vivir bien será posible si construimos una sociedad justa y atenta a las necesidades de cuidado. Finalmente, por nuestra condición de animales históricos y la importancia del respeto de la identidad individual. Es necesario pensar más allá de los caracteres compartidos para descubrir la singularidad de cada persona y rechazar las soluciones uniformes de las situaciones de vulnerabilidad, que anulan al individuo y no se ajustan a lo que realmente necesita.

De este modo, el Consello de Bioética de Galicia sigue buscando la consolidación de la cultura bioética en las instituciones, en los profesionales y en la ciudadanía, orientándolos en el desarrollo común de un auténtico *ars senescendi*.

José Antonio Seoane

PRESIDENTE DO CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

C 76 → 77 **1** Introducción

G 7 → 8

La vulnerabilidad es un tema bioético de creciente importancia, por lo que su elección como línea de trabajo por parte del Consello de Bioética de Galicia no debería sorprender. Es también un tema muy amplio, que exige delimitar su ámbito de estudio. Para ello hemos observado nuestro entorno e identificado un sector de la población en situación de vulnerabilidad: las personas ancianas. No son las únicas ni tal vez las más vulnerables, pero sí merecedoras de atención en nuestras sociedades y de modo singular en Galicia.

Se trata, por tanto, de una decisión responsable y comprometida, una decisión éticamente justificada que permite afirmar que la selección del tema y la publicación de este documento constituyen ya una contribución: dirigir la atención a las posibles situaciones de vulnerabilidad de las personas ancianas e interpelar a los ciudadanos, los profesionales y los poderes públicos para combinar armónicamente cuatro elementos: vulnerabilidad, ancianidad, Ética y Galicia -o el territorio que cada lector escoja-.

Además de importante y amplio, el estudio de nuestro tema reveló otro rasgo: la vulnerabilidad es una noción elusiva y ambigua, bien por el solapamiento de sus dos principales dimensiones, ontológica y política, bien por la imprecisión de sus definiciones. Pronto fuimos conscientes de estas dificultades, y el plazo inicialmente previsto se cumplió sin haber alcanzado nuestro objetivo. Nos concedimos una prórroga y nos beneficiamos de las aportaciones presentadas en nuestra Jornada anual de 2017, con el título *Bioética y vulnerabilidad*. En lugar de presentar el documento en esa jornada, como estaba previsto, escucha-

mos, aprendimos y conseguimos enderezar el rumbo del documento.

Esta etapa de maduración confirmó la importancia de un quinto elemento en las situaciones de vulnerabilidad de las personas ancianas: el cuidado y, junto a él, las personas cuidadoras. La conjunción de todos los elementos se refleja en dos conclusiones derivadas de nuestra reflexión: el efecto de irradiación de la vulnerabilidad, es decir, que la vulnerabilidad se expande y afecta al entorno de la persona anciana, de forma especial a las personas cuidadoras; y la naturaleza política, y por tanto ética, del cuidado, que no debe confinarse en el ámbito privado o familiar ni dejarse a la buena voluntad o al amor de los próximos, sino que es una responsabilidad y una obligación política de primer orden.

Por ello es posible afirmar que las obligaciones de cuidado son obligaciones de justicia, exigibles, y que la deliberación ética no se debe apoyar en una equívoca contraposición entre la ética de la justicia y la ética del cuidado, sino que debería integrar las aportaciones de esta para enriquecer aquella. El carácter moral de nuestra sociedad depende de ello.

Esta concepción recorre el documento y se expresa en las conclusiones (apartado 6) y las recomendaciones (apartado 7). Los apartados precedentes se destinan a exponer las razones que justifican nuestras tesis. El apartado 2 introduce las delimitaciones conceptuales y los datos necesarios para contextualizar nuestro análisis; el apartado 3 presenta la perspectiva ética adoptada, a través de un catálogo de ocho valores; y el apartado 4 describe los ámbitos de la asistencia sociosanitaria de las personas ancianas. Para completar esta dimensión teórica, el apartado 5 atiende a la realidad asistencial y vital mostrando

nuestra deliberación sobre varias situaciones de vulnerabilidad a partir de los conceptos, los valores y los ámbitos delineados en los apartados precedentes.

c 77 → 81 **2** Vulnerabilidad y ancianidad

G 9 → 16

2.1. 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.

Se trata de un concepto complejo que presenta al menos dos dimensiones. La primera, la vulnerabilidad ontológica o antropológica, alude a una cualidad inherente y persistente de todas las personas, en cuanto seres necesitados, frágiles y dependientes. La segunda, la vulnerabilidad socio-política, deriva de factores contingentes como la edad, el sexo, la condición socio-económica, la cultura, el ambiente o la pertenencia a un grupo. Esta dimensión es contingente y gradual, pues no todos los individuos son vulnerables ni aquellos que están en situación de vulnerabilidad lo están en igual medida.

No es lo mismo ser vulnerable que estar en situación de vulnerabilidad. La vulnerabilidad viene determinada por factores internos y externos que originan una situación de indefensión o debilidad en la que se ven amenazadas la dignidad, la autonomía, la justicia y otros valores de la persona. Estos factores no son invariables, sino susceptibles de cambio a través de la intervención en las condiciones individuales y sociales.

En consecuencia, si no dañar es una obligación ética básica y uno de los pilares de las profesiones asistenciales y de la Bioética, puede afirmarse que la vulnerabilidad es fuente de deberes morales, en un triple sentido.

En primer lugar, de un deber inmediato de cuidado, es decir, de proteger a la persona vulnerable frente al daño o la amenaza de daño. En segundo lugar, del deber de promover y mejorar las capacidades de esa persona para afrontar y resistir los peligros que acentúan su fragilidad. Por último, de un deber de intervenir en el entorno para eliminar o reducir los factores y las situaciones de vulnerabilidad.

2.2. Factores y capas de vulnerabilidad

La vulnerabilidad es una noción coyuntural, es decir, depende de las características y de las circunstancias vitales de cada individuo; y gradual, esto es, se manifiesta con distinta intensidad en cada persona y en los diferentes momentos o etapas de su vida. Por ello, la aproximación ética a la vulnerabilidad del anciano debe evitar presentarla como una característica uniforme, común o rígida.

La vulnerabilidad tiene un origen diverso y los factores que la causan suelen manifestarse en forma de capas acumulables. Por tanto, a riesgo de resultar más compleja, es preferible guiar la reflexión a partir de esta concepción más realista y rica.

Las personas ancianas, por el hecho de serlo, estén o no enfermas, pueden verse afectadas por distintos factores de vulnerabilidad.

Una vulnerabilidad cognitiva, por la pérdida de facultades intelectuales derivada de los

procesos de deterioro propios de la edad o de origen patológico. Una vulnerabilidad funcional, asociada a la disminución o pérdida de autonomía física y ambulatoria para atender sus necesidades básicas.

Una vulnerabilidad económica, relacionada con la exclusión del sistema productivo y, en muchos casos, con una importante disminución de sus ingresos. Una vulnerabilidad familiar, asociada al modelo y estructura de familia. Una vulnerabilidad emocional, derivada del malestar o la angustia que les causa su situación o la de quienes les cuidan.

Una vulnerabilidad territorial, que comprende las características arquitectónicas de la vivienda e incluye el lugar de residencia, más o menos distante de los servicios básicos, entre ellos los sanitarios, tanto en núcleos urbanos como, especialmente, en ciertos entornos rurales.

Una vulnerabilidad asistencial que se refiere, de una parte, a la competencia de los/las profesionales para responder a estos factores, y de otra, a la estructura y el funcionamiento del sistema, tanto de la administración sanitaria como de esta en su relación con otras administraciones, concretamente con la social.

Una vulnerabilidad habitacional, con rasgos propios de la vulnerabilidad asistencial, por estar vinculada a los recursos socio-sanitarios, y de la vulnerabilidad territorial, al asociarse a la dificultad para conseguir un lugar donde vivir adecuado a las nuevas necesidades.

Una vulnerabilidad comunicativa y participativa, especialmente notoria en un entorno cada vez más virtual debido al uso generalizado de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación; y por último, una vulne-

rabilidad cultural, relacionada con actitudes despectivas hacia las personas mayores, que llegan incluso a la estigmatización.

2.3. El cuidado de la vulnerabilidad: la persona cuidadora

Cuando en el proceso de envejecer el anciano se hace dependiente es preciso cuidarlo, entendiendo por cuidar que se le proporcione una ayuda que cubra sus necesidades físicas, sociales y afectivas. Aparece entonces el/ la cuidador/a, figura imprescindible en el contexto de vulnerabilidad de la persona anciana.

Junto a los cuidadores profesionales, es decir, el conjunto de personas que, en sus puestos de trabajo, tanto en el ámbito social como en el sanitario, prestan cuidados para los que están formadas, es esencial la figura del cuidador informal, que normalmente surge en el entorno familiar de la persona anciana y dispensa su cuidado de manera altruista.

La mujer, preferentemente la hija o la pareja de la persona cuidada, es la que asume en mayor grado esta responsabilidad, en correspondencia con unas expectativas sociales no escritas acerca de quién debe cuidar.

2.4. El efecto de irradiación. La vulnerabilidad de la persona cuidadora

Cuidar produce efectos en la persona cuidada y en la persona cuidadora. La carga y la complejidad de los cuidados, las horas diarias dedicadas y cuánto se prolongue en el tiempo son causas de problemas físicos, psicológicos e incluso económicos de la persona cuidadora, con efectos negativos sobre sí misma y sobre quien recibe sus cuidados. No obstante, al lado de estas connotaciones

negativas aparecen consecuencias positivas, como el bienestar emocional y la satisfacción con el cuidado, el sentido de la coherencia, el crecimiento personal, la sensación de control y la gratificación.

El cuidado repercute además en el entorno personal de quien cuida, pues suele exigir cambios en sus hábitos de vida e influye en la estructura familiar. Cuidar conlleva mucho tiempo de trabajo para el cuidador principal, y ello disminuye el ocio y el tiempo libre. Experimentada como sobrecarga, la tarea de cuidar es una fuente de estrés y malestar emocional para quien la realiza y, también, para su familia o allegados.

El análisis de lo expuesto muestra dos fenómenos diferentes. En primer lugar, que la vulnerabilidad de la persona anciana suele deberse a una pluralidad de factores que aumentan su fragilidad. En segundo lugar, una consecuencia relevante para la reflexión ética y el diseño y la aplicación de las políticas de cuidado: la vulnerabilidad del anciano genera un efecto de irradiación en el entorno que la propaga hacia las personas encargadas de cuidarle, haciéndolas vulnerables precisamente por la vulnerabilidad propia de aquel. En consecuencia, aparece una nueva necesidad: la de cuidar al/a la cuidador/a.

La conjunción de ambas vulnerabilidades, la del anciano y la irradiada hacia las personas cuidadoras, vuelve aún más compleja la definición y la prestación de los cuidados.

2.5. Vulnerabilidad, ancianidad y responsabilidad del cuidado

La vulnerabilidad de la persona anciana cuando enferma, disminuyen sus capacidades o aumenta su dependencia lleva a preguntarse

quién y cómo se asume la responsabilidad de cuidarla. Para responder estas cuestiones es preciso tener en cuenta distintos aspectos.

De una parte, que la situación de los pacientes ancianos es heterogénea, dado que no requiere la misma atención un paciente crónico autónomo que un paciente en su domicilio o un paciente hospitalizado, otro ingresado en una unidad de cuidados intensivos u otro que reside en un centro socio-sanitario.

De otra, que el mapa de la atención socio-sanitaria está en proceso de transformación: el envejecimiento de la población debería propiciar el tránsito de un sistema de asistencia sanitaria diseñado para pacientes agudos a un sistema asistencial renovado y configurado para atender a pacientes crónicos con múltiples patologías y/o demencias que precisan de recursos coordinados, sociales y sanitarios.

A su vez, los cambios de los modelos de convivencia y las crecientes dificultades de las familias y de las personas allegadas para hacerse cargo de los cuidados han incrementado el número de ancianos en centros residenciales como mejor o única opción frente al domicilio propio.

Finalmente, debe tenerse en cuenta también que la atención recibida por la población anciana y, en general, por las personas dependientes es insuficiente y muestra la grieta existente entre las necesidades y la respuesta efectiva, tanto en el ámbito privado como en el ámbito público.

Lo indicado aconseja que el cuidado de la persona sea asumido como una responsabilidad del conjunto de la sociedad y no exclusiva de su entorno inmediato. Además, esta situación debería alertar sobre la indeseable situación

de vulnerabilidad de las personas ancianas, susceptible de aumentar y agravarse en el futuro.

2.6. Vulnerabilidad y ancianidad en Galicia

El envejecimiento es un proceso vital, y la vejez o edad anciana ha de ser entendida como una etapa de la vida en la que sigue siendo posible desarrollar planes y proyectos personales. No obstante, la longevidad no es *per se* sinónimo de calidad de vida ni garantía de un soporte sanitario y social adecuados. En consecuencia, la edad, la disminución de algunas capacidades, el contexto social y económico y los modelos de cuidados pueden exponer a algunas personas ancianas a una mayor vulnerabilidad y a dificultades en el acceso y utilización de los recursos socio-sanitarios.

En Galicia el 23% de la población tiene más de 65 años, y se estima que alcanzará casi el 30% en el año 2029. En 2014 la esperanza de vida al nacer era de 86,2 años para las mujeres y de 79,8 años para los hombres.

El progresivo envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida han influido en la organización social y en el modelo laboral y económico predominante, basado en el rendimiento y en la capacidad de producción, y también han repercutido en las costumbres y en las formas de vida: cerca de 122.000 personas mayores de 65 años viven en Galicia solas o con personas de edad similar que son sus cuidadoras.

Por lo que se refiere a la dependencia, en el año 2017, el 4,5% de la población gallega de 65 a 74 años presentaba algún tipo de dependencia, mientras que a partir de los 75 este

porcentaje pasaba a ser del 22,9%. Del total de 117.875 personas con algún grado de dependencia casi dos tercios (77.458) superaban los 75 años, y eran mayoritariamente mujeres.

Si se desglosan estos datos por el tamaño del municipio de residencia se observa que el 42,5% de los 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. Ha de subrayarse que la mitad de las entidades singulares de población de España, es decir, de las áreas habitables o excepcionalmente deshabitadas, diferenciadas dentro de un término municipal, constituidas por varios núcleos de población, uno o ninguno, o por un diseminado de viviendas que no pueden considerarse núcleo se concentran en nuestra Comunidad Autónoma, lo que confirma la dispersión, el aislamiento y el carácter rural del entorno de Galicia.

Se observa asimismo que el aumento de la edad va acompañado de la reducción de la pensión contributiva. En 2016 la pensión media en ambos sexos fue de 1009 euros en personas de 65 a 74 años, 813 euros en personas de 75 a 84 años, y 754 euros en las 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.

Las consecuencias de lo expuesto para el entorno de las personas ancianas en situación de dependencia o necesitadas de cuidados ponen de manifiesto que el 72,5% de sus cuidadores han visto reducidas sus actividades de ocio o relaciones sociales, un 55,8% redujo su vida familiar, un 38,3% disminuyó su trabajo doméstico y un 25,8% hizo lo mismo con su trabajo remunerado o estudios por dedicarse a esa tarea de cuidado.

Por último, conviene llamar la atención también sobre algo: los datos reflejan solo una parte de lo que ocurre. Estos porcentajes conviven con un número indeterminado de personas mayores dependientes que son atendidas por sus allegados, en muchos casos de edad similar a la suya. Constituyen una realidad paralela omitida en las estadísticas, pero imprescindible para completar el panorama de la vulnerabilidad de la población anciana en nuestra sociedad.

En suma, Galicia es una de las Comunidades Autónomas más envejecidas de España, con características demográficas singulares como la dispersión geográfica, el aislamiento y la importancia del ámbito rural. Estos factores, combinados con un elevado número de personas mayores afectadas por distintos grados de dependencia, con factores económicos como la reducción de las pensiones contributivas y con el impacto de la situación de las personas necesitadas de cuidados en su entorno inmediato, explican la trascendencia del análisis de la vulnerabilidad de las personas ancianas.

C 81 → 84
G 17 → 23

3 Ética del cuidado de la ancianidad

Las situaciones de vulnerabilidad amenazan distintos valores de la persona anciana e impiden el desarrollo de su plan vital y su participación en la comunidad. Es, por tanto, un deber moral promover acciones que las eviten, minimicen o palíen.

Las obligaciones de evitar el daño o proteger frente a él, de proporcionar capacidades y recursos para que cada persona pueda afrontarlo y de modificar el entorno para reducir

la vulnerabilidad pueden ser expresadas en el lenguaje principalista de la Bioética: no maleficencia, respeto de la autonomía, beneficencia y justicia.

Tales principios indican de forma genérica qué se debe hacer ante la vulnerabilidad de la persona anciana, combinando actuaciones preventivas y paliativas, educativas y asistenciales, individuales y sociales.

No obstante, con carácter previo, es necesario identificar cuáles son los bienes y valores que están en peligro para afinar el diagnóstico y la posterior intervención frente a cada situación de vulnerabilidad.

3.1. Dignidad

La dignidad hace referencia al valor inherente a todo ser humano por el simple hecho de serlo: la persona anciana es valiosa por sí misma. No se trata de una cualidad otorgada por nadie, sino consustancial a la persona, que no depende de la edad, el sexo, la condición social, económica u otros factores.

Su dignidad, igual que la de cualquier otra persona, impone una obligación categórica de reconocimiento y respeto por parte de todos, y especialmente por parte de los profesionales y los agentes implicados en la atención socio-sanitaria.

3.2. Autonomía

La autonomía es la capacidad de una persona para establecer sus propias normas y regirse por ellas. Se manifiesta en la toma de decisiones, y por ello suele identificarse en el ámbito asistencial y bioético con el consentimiento informado. No obstante, la autonomía del paciente anciano es más amplia y comprende

otras dimensiones importantes en la definición de sus cuidados.

La autonomía decisoria se refiere a la libertad de elección, esto es, a la capacidad para deliberar y decidir un curso de acción entre un conjunto de alternativas valiosas.

El grado de capacidad permite distinguir tres escenarios de toma de decisiones:

El consentimiento informado, que es la decisión libre e informada que adopta un paciente anciano capaz en el momento actual.

La planificación anticipada de las decisiones y las instrucciones previas, que se refieren a la decisión adoptada libremente por una persona capaz con el propósito de que se aplique en una situación futura de posible incapacidad para decidir de forma autónoma.

Las decisiones por representación o sustitución, que son las adoptadas por terceros en nombre y beneficio del paciente anciano cuando es incapaz para tomarlas por sí mismo.

La autonomía funcional o ejecutiva alude a la libertad de acción y a la capacidad para realizar personalmente las decisiones adoptadas. Aunque con frecuencia aparecen unidas, es importante distinguir la autonomía y la incapacidad para decidir de la autonomía y la incapacidad para actuar, pues son también diferentes los respectivos tipos y niveles de cuidado.

La autonomía informativa cuya salvaguarda se garantiza a través de mecanismos como el secreto profesional, la obligación de confidencialidad y el respeto a la

intimidad, consiste en el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial.

Respetar y promover el valor de la autonomía equivale a capacitar y establecer los sistemas de apoyo adecuados para ejercer las distintas dimensiones de la autonomía y permitir la elección y la ejecución del plan de vida individual de cada paciente anciano. Significa, por ejemplo, presumir su capacidad, -y no su incapacidad-, considerar que es el interlocutor principal, proporcionarle información ajustada a sus necesidades y habilidades de comprensión, explorar sus valores y opciones personales, consultar y escuchar su opinión y prestarle la asistencia necesaria para realizar sus decisiones.

3.3. Intimidad

La intimidad se refiere a un ámbito reservado de la vida de los individuos que se quiere mantener fuera del alcance de los demás. Comprende tanto la esfera íntima como la esfera privada, personal y familiar, y debe ser preservada de intromisiones no autorizadas o ilegítimas.

Presenta varias dimensiones. En primer lugar, la intimidad física o corporal, que exige cuidado y decoro en la exploración y la exposición del cuerpo durante el proceso asistencial, respetando sus sentimientos de pudor.

En segundo lugar, la intimidad espacial, que alude a los lugares –domicilio, habitaciones y otros espacios– donde desarrolla su vida privada y sus relaciones personales.

En tercer lugar, la intimidad informativa, que sirve para garantizar la confidencialidad de sus comunicaciones e informaciones íntimas

y privadas, así como un tratamiento adecuado de la documentación asistencial.

El valor de la intimidad es también importante en los procesos de toma de decisiones, ya que conforma el entorno adecuado para recibir la información de los profesionales y para garantizar su confidencialidad. Hace posible, además, que la persona anciana exprese sus emociones y las comparta con su familia y allegados. El contexto íntimo permite reflexionar con más tranquilidad, contextualizar las situaciones y ponerlas en relación con el propio sistema de valores y el plan de vida.

3.4. Bienestar

A diferencia del concepto más restringido de calidad de vida, que es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (OMS), el bienestar debe entenderse con una mayor amplitud, que comprende buenas condiciones de vida objetivas y subjetivas.

En el contexto de la vulnerabilidad de la persona anciana, el bienestar depende de múltiples factores ambientales y personales, como la expectativa de vida, el estado cognitivo, la discapacidad, el dolor crónico, el aislamiento social, la institucionalización o el estado funcional, y su bienestar se determina a través de diversos indicadores como la salud, las habilidades funcionales, la situación económica, las relaciones sociales, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos,

la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y culturales.

El valor del bienestar expresa así la conexión entre distintos factores de vulnerabilidad (por ejemplo, la vulnerabilidad económica puede disparar la vulnerabilidad emocional y aumentar la vulnerabilidad comunicativa y participativa y también la vulnerabilidad familiar) y entre el bienestar y los restantes valores (la escasez de recursos y la consiguiente reducción de posibilidades de elección podrían considerarse una discriminación injustificada que lesiona el valor de la igualdad y el valor de la justicia, conjuntamente con los valores de la seguridad y la autonomía e incluso, en casos extremos, el valor de la dignidad).

3.5. Seguridad

La vulnerabilidad ontológica, vinculada a la fragilidad y finitud del ser humano y a sus limitaciones, explica por qué todas las personas somos constitutivamente inseguras. Esta inseguridad se acentúa en situaciones de dependencia y en otras situaciones de vulnerabilidad socio-política, que exponen y desamparan a las personas por causas físicas, psíquicas, económicas, culturales o políticas, entre otras.

El valor de la seguridad es un sentimiento de protección frente a los riesgos y daños que puede sufrir el anciano. Se experimenta y se garantiza por diferentes vías personales, materiales y sociales, y contribuye a fortalecer su confianza y autoestima, así como a facilitar su toma de decisiones y su participación en la vida de la comunidad.

3.6. Igualdad

Existe una igualdad originaria o esencial, según la cual la persona anciana es digna e igual al resto de los sujetos que conforman la sociedad, sin que esa característica, la ancianidad, pueda ser *per se* causa de omisión o merma del cuidado. Al contrario, el anciano, en cuanto tal, requiere reconocimiento, respeto y la desaparición de toda discriminación injusta o arbitraria.

Con todo, el valor de la igualdad no es sinónimo de identidad, pues todos somos diferentes en razón de nuestras aptitudes, valores, planes de vida, condiciones personales y sociales. La consideración de esta diferencia exige reconocer y atender razonablemente las desigualdades individuales. Es decir, no solo eliminar el trato discriminatorio, sino promover actuaciones encaminadas a una igualdad real de oportunidades que permita a cada persona anciana seguir desarrollando su proyecto vital y alcanzar su bienestar en las mejores condiciones posibles.

3.7. Justicia

La justicia es una cualidad o virtud individual y también un valor que aparece en situaciones de alteridad y relación con los demás. 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.

Esta circunstancia explica las dos dimensiones más relevantes de la justicia para analizar los cuidados de la persona anciana. De una parte, la justicia distributiva, que se ocupa del reparto de bienes y cargas de acuerdo con un criterio de igualdad

proporcional, en razón de los méritos. De otra, y antes de tal distribución, una segunda dimensión, la justicia como reconocimiento, que afirma que es necesario ser reconocido por los demás, tanto por los individuos como por las instituciones, para reconocerse a uno mismo y completar la identidad. Esta reciprocidad previa a la distribución posibilita que todas las personas, entre ellas las ancianas, participen en la deliberación sobre la distribución y refuerza su justificación.

En suma, el valor de la justicia exige combinar la universalización o generalización iniciales con la posterior individualización o ajuste de la respuesta a las características del caso concreto, y muestra de nuevo la conexión de este con otros valores: dignidad, autonomía, igualdad y seguridad.

3.8. Solidaridad

Más allá de lo debido en justicia, mediante la solidaridad las personas se sienten y reconocen unidas; comparten obligaciones, intereses e ideales y conforman uno de los pilares de la ética moderna. La solidaridad mueve a los individuos cuando otros necesitan su ayuda, sin intención de recibir algo a cambio.

La vulnerabilidad de la persona anciana confiere un significado reforzado a este valor, que implica asumir un compromiso de cuidado y atención que tome en consideración sus necesidades específicas y evite su desprotección, aunque no sea exigible, no garantice un trato recíproco e incluso pueda llegar a ocasionar perjuicios a la persona cuidadora.

C 85 → 87

G 25 → 29



4 Los ámbitos de la asistencia sociosanitaria

El sistema público de Salud de Galicia está constituido por el conjunto de recursos, medios organizativos, actividades, servicios y prestaciones públicas cuya finalidad es la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la rehabilitación y la reinserción social, todo ello bajo una perspectiva de asistencia sanitaria integral y funcionalmente articulada.

La actividad asistencial abarca dos ámbitos de atención: primaria -que incluye la socio-sanitaria (centros y residencias) y hospitalaria. En cada uno de ellos la vulnerabilidad puede adoptar distintas formas e intensidad.

Con mayor frecuencia que en el resto de la población, en la persona anciana pueden concurrir una serie de factores físicos, psíquicos y sociales que la hacen especialmente vulnerable en cualquier contexto de intervención. Entre los factores físicos y psíquicos los más relevantes son el deterioro cognitivo propio de la edad (que afecta al nivel de comprensión y en general a todo lo relacionado con la competencia en la toma de decisiones y en el autocuidado), los déficits sensoriales (hipoacusia, pérdida de visión, etc.), que afectan sobremanera al proceso de información/comunicación, y la disminución de la movilidad, que dificulta la accesibilidad a los distintos dispositivos y el manejo dentro de los mismos. Por otra parte, entre los factores sociales sobresalen las relaciones familiares y con el entorno, el lugar de residencia (rural o urbano), la situación de aislamiento, las dificultades de acceso al sistema sanitario, los recursos económicos o el nivel sociocultural.

4.1. Atención Primaria

La actividad propia de la atención primaria se desarrolla en los centros de salud o en los consultorios periféricos dependientes de ellos, en los domicilios de los pacientes, en los puntos de atención continuada (P.A.C.), y en los centros sociosanitarios/centros residenciales.

Centro de salud. Constituye el primer acceso ordinario de la población al sistema público de salud de Galicia. Se caracteriza por un enfoque global e integrado de la atención y asume un papel orientador y de canalización de la asistencia requerida por la ciudadanía, de ahí su especial relevancia para detectar las necesidades inherentes al envejecimiento y promover las medidas adecuadas para atenderlas.

El domicilio es el lugar donde se presta atención primaria en el terreno de la privacidad. Este rasgo unido a otros como las características de la vivienda, que no siempre reúne las condiciones que el estado del paciente anciano requiere máxime si está encamado, dificultan la atención y el seguimiento sanitarios.

Otras veces la complejidad procede también de la dispersión geográfica o el entorno en el que reside.

Punto de atención continuada (P.A.C.). Constituye la estructura física y funcional donde se presta la atención urgente extrahospitalaria y proporciona una asistencia sanitaria permanente e inmediata cuando la situación clínica del paciente anciano así lo demanda.

Centro socio-sanitario y centro residencial. Conforman una alternativa al domicilio para los ancianos que por sus limitaciones físicas

y/o psíquicas no pueden valerse por sí mismos y necesitan ayuda de otras personas, por lo que no pueden permanecer en su domicilio habitual, bien sea de forma temporal o de manera definitiva.

- **Centro socio-sanitario.** Está destinado a pacientes con déficit funcional estable o no recuperable que sean beneficiarios de la Seguridad Social y estén protegidos por el Servicio Gallego de Salud. Se orienta a los cuidados de mantenimiento precisos con medidas que incluyen apoyo social, tratamiento psicológico, médico y rehabilitador ajustado a las necesidades de sus usuarios y finaliza cuando al paciente se le adjudica una plaza en un centro residencial.

- **Centro residencial,** que presenta tres modalidades:

Residencia. Está destinado a ser la vivienda permanente y común donde se presta una atención integral y continuada a las personas mayores.

Hogar residencial. Se destina a proporcionar con carácter permanente una atención integral a las personas mayores que en el momento de su ingreso presentan una situación de dependencia leve o moderada. Cuenta con un máximo de 24 plazas, de las cuales se reserva el 25% para grandes dependientes.

Vivienda comunitaria. Alberga, en régimen de convivencia casi familiar a un máximo de 12 personas que, siendo autónomas o teniendo una dependencia moderada de grado 1, no presentan graves problemas de movilidad.

4.2. Atención hospitalaria

Los hospitales y los centros de especialidades adscritos conforman la estructura sanitaria responsable de prestar la asistencia hospitalaria programada y urgente, en régimen de consultas externas, urgencias, hospital de día, hospitalización en la institución para procedimientos quirúrgicos o médicos y hospitalización a domicilio.

Consultas Externas. El acceso a este tipo de consulta viene motivado por una mayor complejidad en el estado de salud de la persona anciana.

Urgencias. Los servicios de urgencias de los hospitales son la estructura física y funcional donde se proporciona la atención sanitaria permanente e inmediata en los casos de mayor complejidad en que la situación clínica del paciente así lo requiere.

Hospital de Día. Es una estructura en la que el paciente permanece un cierto número de horas para recibir tratamientos o terapias no dispensables fuera del entorno hospitalario y que no requieren ingreso, por lo que al término de los mismos puede regresar a su domicilio.

Hospitalización. Alude a la institución sanitaria donde se ingresa al paciente durante un determinado período para someterlo a cuidados y/o procedimientos médicos o quirúrgicos que así lo requieren.

Hospitalización a domicilio (HADO). Se caracteriza por dispensar en el domicilio del paciente, en un determinado momento de evolución de su enfermedad, cuidados y tratamientos de intensidad y/o complejidad, mediante una atención multidisciplinar centrada en el paciente y sus allegados.

Para acceder a la HADO es preciso cumplir unos criterios definidos conforme a condiciones estructurales y de cuidado circunscritas a un área determinada de cobertura, de ahí que actualmente no se garantice el acceso a la HADO a todos sus posibles beneficiarios.

c 87 → 96 **5** Deliberación sobre la realidad **G** 31 → 53

La vulnerabilidad y los cuidados de la persona anciana deben ser analizados también desde una perspectiva práctica. Para ello examinamos una serie de situaciones reales apoyándonos en las aportaciones teóricas de los apartados anteriores. Al no ser ni actuar como un comité de ética asistencial o un comité de ética en intervención social, simplificaremos el procedimiento deliberativo manteniendo su estructura global: hechos, valores y deberes.

Comenzamos con un caso que presenta la evolución de la atención de una mujer anciana en los distintos ámbitos de atención anteriormente presentados. Tras la descripción de los hechos, identificaremos los factores de vulnerabilidad, que es el núcleo de este documento. Después enunciaremos los valores detectados en el caso y, finalmente, dentro de cada uno de dichos ámbitos de atención, propondremos recomendaciones para responder a dichas situaciones de vulnerabilidad y salvaguardar los valores involucrados.

A continuación, presentaremos otros seis casos, en los que reconoceremos los factores de vulnerabilidad y los valores en juego sin desarrollar de forma individualizada las recomendaciones, sino que agruparemos las propuestas del tercer nivel, propio de los

deberes o cursos de acción, en un conjunto de recomendaciones final tras el apartado de conclusiones.

La realidad de mercedes...

Mercedes de 76 años, nació y residió siempre en la localidad de Moaña. Viuda desde hace 15 años, vive sola en un piso de su propiedad sin ascensor y percibe una pensión de 639,30 euros. Es independiente para realizar todas las actividades básicas cotidianas.

Tiene una hija, Inés, residente en Vigo, que la visita una vez por semana y la telefonea diariamente. Está separada y tiene dos hijos. Trabaja como dependienta en una panadería y sus ingresos apenas le permiten llegar a fin de mes.

Su principal red de apoyo es una vecina que está pendiente de ella.

Mercedes acude al centro de salud con regularidad para controlar su tensión arterial (TA) y para recibir el tratamiento analgésico de los dolores óseos debidos a su artrosis y osteoporosis, que paulatinamente le llevan a deambular con mayor dificultad. También toma medicación para el sueño.

Su médico de referencia de atención primaria desde hace años, el Dr. Benito, aprecia su deterioro progresivo y su mayor fragilidad, encorvamiento e incluso descuido en el aseo personal.

Tras una caída en su domicilio, acude al centro de salud acompañada por su vecina. Es ella quien indica que Mercedes camina con mucha dificultad, se cae con frecuencia y se olvida de las cosas; de hecho, relata que el otro día se dejó el fuego encendido y casi arde la vivienda. En definitiva, cree que Mercedes no debería seguir viviendo sola.

El médico examina el traumatismo sufrido en las piernas, pero no objetiva datos de fracturas o lesiones graves; solo múltiples contusiones. Le prescribe analgésicos, le recomienda reposo y, a poder ser, no estar sola. La vecina le dice que ya avisó a su hija, que vendrá esa tarde, y el médico le pide que le trasmita que quiere hablar con ella.

Inés ha pedido permiso en el trabajo para ir a ver a su madre y hablar con el médico. Este le manifiesta su preocupación por Mercedes y que debería vivir acompañada.

Ambos están de acuerdo, pero Inés dice que su madre se niega a abandonar su casa, que ya lo ha intentado varias veces, sin éxito. Además, ella no puede pagar una ayuda en el domicilio debido a su precaria situación económica. El médico le sugiere tener una conversación con la trabajadora social para estudiar los recursos posibles y adecuados para su situación.

Unos meses después, Mercedes dispone en su domicilio de una persona, durante dos horas, que le ayuda en el aseo y en algunas tareas domésticas. Mientras tanto, su deterioro físico y cognitivo van en aumento.

Una noche Mercedes se desorienta y cae. No es capaz de levantarse del suelo y allí permanece tendida hasta que por la mañana su vecina descubre lo sucedido y llama al 061, que la traslada al servicio de urgencias del hospital de Vigo, adonde se desplaza su hija para acompañarla. Mercedes ha sufrido un ictus con hemiplejía derecha y fractura de cadera derecha, presenta una hipotermia severa con signos de deshidratación.

Se decide su ingreso y su evolución es mala. Acusa un importante deterioro cognitivo, no se recupera de su hemiplejía y la fractura no mejora. Ante tal pronóstico, se descarta intervenirla quirúrgicamente.

Mercedes permanece hospitalizada casi un mes. El equipo médico comunica a Inés que su madre es ahora totalmente dependiente y su caso se remite al servicio de trabajo social que, tras valorarlo, solicita una plaza en un centro residencial al amparo de la Ley de la dependencia como supuesto de emergencia.

A pesar de que existe una familiar con obligación de cuidado, ni su hija puede renunciar al puesto de trabajo para atenderla, ni su precaria situación económica le permite afrontar el coste de una residencia privada. En estas condiciones, a Mercedes se le asigna una plaza residencial pública en la provincia de Lugo, distante unos 160 kilómetros de su lugar de residencia habitual.

Meses después de su ingreso, Mercedes presenta un cuadro de vómitos y dolor abdominal. El médico de la residencia la remite al servicio de urgencias con muy escasa información escrita y acompañada por una persona contratada por la residencia, que no la conoce de nada ni puede aportar ninguna información sobre ella.

La médico que la atiende se encuentra ante una paciente que sufre una demencia, presenta un mal estado general y de la que apenas consta información en la historia clínica. En la exploración, objetiva una hernia abdominal incarcerada (estrangulada) y avisa al cirujano, que tras valorar y reducir manualmente la hernia le dice: "ya puedes mandarla a la residencia". La doctora comenta con el cirujano que se desconoce la duración del cuadro y que, en su opinión, lo adecuado sería que permaneciera en observación para ver la evolución y comprobar al día siguiente si tolera alimentos. La respuesta del cirujano es; "haz lo que quieras".

Finalmente, la paciente queda en observación con la cuidadora de la residencia y recibe el alta a las 48 horas.

Pasados tres días, trasladan nuevamente a Mercedes al servicio de urgencias, donde vuelve a examinarla la misma doctora. En esta ocasión llega sola portando una escueta nota: "paciente con fiebre e ictericia".

Se confirma que está febril, icterica y con un cuadro de abdomen agudo. Su estado es muy grave.

Se realizan las pruebas diagnósticas y se avisa al servicio de cirugía. La cirujana desaconseja la intervención dada la gravedad del estado de salud de Mercedes, pues es muy probable que fallezca en el quirófano.

Por todo ello, se avisa a la residencia para que contacten con la familia. Al rato, su hija llama al servicio de urgencias, donde le informan del mal estado y del mal pronóstico inminente de su madre. Ella dice que está en Vigo, que no sabe cómo llegar al hospital y que intentará ir por la mañana. Le explican que la situación de su madre es agónica y que morirá en cuestión de horas. Inés dice que intentará estar allí lo antes posible.

Poco después, ante el empeoramiento y el sufrimiento de la paciente, la médico de guardia llama a su hija para que autorice la sedación. Inés da su autorización y dos horas después Mercedes fallece sola, en una habitación del hospital.

DELIBERACIÓN

Como se indicó al comienzo de este apartado, el análisis se realiza separando los distintos ámbitos de atención, identificando tanto los factores de vulnerabilidad como los valores presentes en cada uno de ellos. Además, se proponen recomendaciones de actuación dirigidas a eliminar o reducir la vulnerabilidad y a favorecer la realización de los valores.

DOMICILIO PROPIO/ATENCIÓN PRIMARIA

Factores de vulnerabilidad

- Mercedes vive sola, presenta un progresivo deterioro general y percibe una pensión de 639,30 euros mensuales (vulnerabilidad cognitiva, funcional, familiar y económica).
- La vulnerabilidad de Mercedes se extiende a su hija, Inés, que experimenta su propia vulnerabilidad por la imposibilidad de atender a las necesidades de cuidado de su madre (vulnerabilidad territorial, económica, familiar, emocional y asistencial).

Valores

- **Autonomía decisoria.** Mercedes manifiesta su deseo de seguir viviendo en casa, pero su entorno comienza a cuestionarse si es capaz de seguir tomando esta clase de decisiones a causa de su deterioro.
- **Autonomía funcional.** Es dudoso que Mercedes pueda llevar a la práctica de forma independiente su decisión de vivir sola en casa.
- **Bienestar.** A pesar de su deterioro cognitivo leve y progresivo, Mercedes elige permanecer en su domicilio. Tal y como está, dicha opción debería completarse con supervisión y la ayuda de su red de apoyo, que le permitiría vivir como ella quiere.
- **Justicia.** De acuerdo con su elección, Mercedes debería contar con una red de apoyo que, teniendo en cuenta su precaria situación económica y sus limitados recursos, le permitiese atender las necesidades actuales y vivir en su domicilio.

- **Seguridad.** Su progresivo deterioro hace necesaria una supervisión en el hogar, tanto para respetar su decisión de permanecer en él como para evitar desamparo y/o daños por falta de cuidado.
- **Solidaridad.** La respuesta de la vecina ejemplifica el compromiso de cuidado con quienes lo necesitan, sobre todo por la lejanía de Inés, la hija de Mercedes, y la momentánea ausencia de recursos públicos.

Recomendaciones

- Evaluar el estado físico y cognitivo de Mercedes por parte del equipo de Atención Primaria y Trabajo Social.
- Explorar qué desea en esta circunstancia, dónde querría vivir, etc.
- Hacer una valoración del domicilio y de las adaptaciones necesarias para disminuir el riesgo de caídas y lesiones.
- Iniciar el proceso de planificación anticipada de decisiones. A pesar del deterioro cognitivo incipiente, es posible recoger sus deseos, preferencias y a qué da importancia para diseñar su futuro.
- Planificar con Mercedes y, a ser posible, con su hija, los cambios que serán necesarios.
- Gestionar la ayuda en el domicilio si quiere y puede permanecer en su casa.
- Poner en marcha los recursos necesarios para el momento actual, entre ellos, una prestación por dependencia.

URGENCIAS/HOSPITAL

Factores de vulnerabilidad

- Mercedes permanece casi un mes en el hospital, y en esa estancia prolongada su deterioro avanza de forma significativa hasta hacerla dependiente y tener que solicitar urgentemente plaza en un centro residencial por no poder vivir sola. Una vez más se aprecian su vulnerabilidad cognitiva, funcional y familiar y, como novedad, su vulnerabilidad emocional y habitacional.
- También concurre aquí la vulnerabilidad familiar, emocional, económica y asistencial de Inés, su hija.

Valores

- **Autonomía decisoria.** Mercedes ha perdido la capacidad para adoptar de forma autónoma decisiones sobre su salud, intervenciones, elección de tratamientos y cuidados.
- **Autonomía funcional.** Mercedes es totalmente dependiente.
- **Seguridad.** El mayor deterioro cognitivo y físico, junto con la incapacidad para el autocuidado y la imposibilidad de que le cuide su hija u otras personas, aumenta el riesgo de sufrir daños físicos, como sucede con la caída.
- **Justicia/Justicia distributiva.** El ingreso prolongado en el hospital de pacientes agudos supone un uso de recursos que no serían necesarios para Mercedes si fuese trasladada sin demora a otro ámbito o se facilitasen otro tipo de recursos para que su hija asuma el cuidado. Al mismo tiempo, los recursos empleados en la atención de Mercedes dejan de destinarse a otros usuarios que puedan necesitarlos.

Recomendaciones

- Valorar de forma global las necesidades de Mercedes para adecuar la respuesta a las mismas.
- Incluir a su hija en la planificación anticipada de las decisiones y de los cuidados.
- Informar, desde el inicio del ingreso, acerca de las alternativas de residencia más cercanas posibles al entorno de Mercedes

RESIDENCIA

Factores de vulnerabilidad

- Mercedes ingresa en una residencia pública donde persisten las situaciones de vulnerabilidad ya identificadas, a las que se añade la lejanía -160 kilómetros del lugar de residencia de Inés, que ahora suma a su vulnerabilidad económica, familiar y emocional una mayor dificultad para ocuparse de la atención de su madre (vulnerabilidad territorial y asistencial).

Valores

- **Bienestar.** Este valor queda comprometido por el mayor deterioro de Mercedes y por la prestación de cuidados en un entorno institucionalizado, distinto del entorno domiciliario que había elegido y preferido, y alejada de su familia y de las personas allegadas.
- **Autonomía.** Dificultad para seguir respetando su deseo vital de permanecer en su entorno y desconocimiento/falta de alternativas, al no existir planificación anticipada de decisiones o anotaciones en la historia clínica.

- **Igualdad.** La insuficiencia de los recursos privados (personales, familiares y económicos), y la inadecuación de los recursos públicos para llevar a la práctica el plan de vida elegido por Mercedes restringen las oportunidades y las alternativas a su disposición.
- **Justicia.** Imposibilidad económica de cuidados domiciliarios o de obtener cuidados de naturaleza privada y prestación de cuidados muy distante -160 kilómetros de su domicilio.

Recomendaciones

- Evaluar al ingresar en la residencia la capacidad para participar en la toma de decisiones presentes y sobre el futuro, e incluir a su hija en la planificación anticipada de las decisiones y cuidados de Mercedes.
- Planificar los cuidados diarios de salud y evaluar periódicamente las necesidades con fines preventivos.
- Minimizar la “deslocalización” de forma que las personas ingresen en centros residenciales y/o residencias del entorno habitual; y si el ingreso urgente es un lugar lejano, gestionar el acercamiento lo antes posible para evitar los riesgos de dicha “deslocalización”.
- Promover un protocolo y/o vías integradas de atención que permitan reducir los ingresos hospitalarios de las personas ancianas y así reducir los efectos (perniciosos) que les producen.

URGENCIAS/HOSPITAL

Factores de vulnerabilidad

- Mercedes, que ya padece un deterioro pleno, es conducida con una persona

que no la conoce al servicio de urgencias hospitalarias en estado grave. Ni la residencia aporta, ni el hospital dispone de información suficiente sobre su salud y antecedentes. La mayor parte del tiempo permanece sola y así es como fallece sin que su hija pueda llegar para acompañarla. A los factores anteriormente descritos y a la coexistencia de vulnerabilidades de madre e hija, se añade la vulnerabilidad cultural sufrida por Mercedes.

Valores

- **Dignidad**, que implica respeto independientemente de la situación de salud y de las condiciones personales.
- **Justicia**, que requiere la necesaria coordinación entre los profesionales de los distintos ámbitos de atención para tomar la mejor decisión sobre el ingreso o no, y gestionar eficaz y equitativamente los recursos.
- **Seguridad**, ya que los escasos datos disponibles sobre su salud (tiempo de evolución de la hernia incarcerada, antecedentes, etc.) hacen necesaria una mayor vigilancia hasta completar la información y ver la evolución, aunque como consecuencia se consuman más recursos (ingreso, observación).
- **Bienestar**, pues si el servicio de urgencias no es el mejor espacio posible para que esté Mercedes, su permanencia en el sin vigilancia por el personal de la residencia podría anticipar el deterioro.

Recomendaciones

- Promover la continuidad asistencial. La coordinación entre ámbitos y niveles de atención es compleja y la escasa o nula

transmisión de información dificulta la calidad de la atención. La posibilidad de unificar la historia socio-sanitaria facilitará la atención compartida e integral del paciente.

- Promover un protocolo de atención específica de la persona anciana que acude sola a un servicio de urgencias dadas sus particulares condiciones y las de este espacio asistencial.

Otras realidades...

El análisis de las situaciones siguientes será más sencillo que el de la anterior. Nos centraremos en la identificación de los factores de vulnerabilidad y de los valores. Las recomendaciones serán reunidas, enunciadas y desarrolladas en el apartado final del documento.

Francisco y Carmen son un matrimonio de octogenarios. Viven solos en su domicilio, no tienen hijos y su única familia son unos sobrinos que residen fuera de Galicia.

Francisco se cae en la calle y sufre un traumatismo craneoencefálico, que motiva su ingreso en el hospital. Carmen, su esposa, lo acompaña durante toda su estancia.

Con el paso de los días se evidencia la fragilidad de Carmen y el personal sanitario solicita una interconsulta a la trabajadora social del hospital que, cara al alta, le propone contactar con un servicio de ayuda a domicilio (que el matrimonio podría cofinanciar, ya que no tiene problemas económicos). Carmen la rechaza, argumentando que ellos se bastan para cuidarse.

Cuando los sobrinos acuden al hospital se les informa de las dificultades percibidas para que sus tíos acepten ayuda externa.

A los tres meses del alta hospitalaria Carmen ingresa por un traumatismo craneoencefálico tras una caída en la vivienda. Ante la imposibilidad de retorno al domicilio, se contacta de nuevo con los sobrinos, se busca plaza para ambos en un centro residencial privado y se remite el caso a la trabajadora social de su ayuntamiento, conocedora de la situación, para que se valore la solicitud de residencia pública, al amparo de la Ley de la dependencia.

Factores de vulnerabilidad

- Falta de apoyo familiar.
- Desorientación de Carmen en el hospital.
- Progresivo deterioro cognitivo de Carmen.
- Deterioro físico de Francisco.
- Imposibilidad de vivir solos.

(Vulnerabilidad cognitiva, funcional y habitacional)

Valores

- **Autonomía decisoria y funcional** manifestada en el deseo expresado de vivir en su domicilio y no aceptar ayuda, y en las consecuencias de sus caídas para llevar a la práctica sus decisiones, en particular, seguir viviendo solos en su casa.
- **Bienestar**, dada su convicción de que es en su domicilio donde se van a sentir a gusto.
- **Intimidación**, que quieren proteger y que creen que podría verse afectada por la presencia del personal del servicio de ayuda a domicilio.
- **Seguridad**, pues las condiciones físicas de Francisco y el deterioro cognitivo de Carmen ponen en peligro su seguridad si residen solos y sin apoyos en su casa.

Carlos tiene 79 años y presenta un deterioro cognitivo moderado en el contexto de un proceso de demencia que se inició hace 8 años. No tiene familia y vive en un centro residencial de mayores. Desde hace cinco años está encamado y es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Ha sido declarado legalmente incapaz y está tutelado por una fundación.

Para Carlos la alimentación oral ha empezado a suponer un serio problema, ya que, aunque hasta ahora puede alimentarse por vía oral, se atraganta cada vez con más frecuencia. Desde hace dos días no se encuentra bien: tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, por lo que el centro lo remite al hospital, donde se le diagnostica una neumonía por broncoaspiración y se plantea, dada su evolución, la necesidad de tomar algunas decisiones, entre ellas, ponerle o no una sonda nasogástrica.

Factores de vulnerabilidad

- Deterioro cognitivo.
- Incapacidad funcional.
- Falta de apoyo familiar y escaso contacto con su representante legal.

(Vulnerabilidad cognitiva, funcional y asistencial)

Valores

- **Autonomía decisoria**, dado el escaso o nulo conocimiento sobre Carlos que tiene la entidad que lo representa.
- **Bienestar**, porque su calidad de vida no es buena y la colocación de una sonda nasogástrica, aunque conlleva riesgos, podría mejorarla.
- **Seguridad**, pues en sus circunstancias, existe el riesgo de que se presenten complicaciones (como la actual neumonía).

Teresa tiene 88 años y hasta hace poco tiempo vivía en su domicilio y cuidaba de su hijo Antonio, de 50, con discapacidad intelectual.

Hace un par de años Teresa empezó a comportarse de forma extraña: se desorientaba con facilidad y contaba que sus vecinos le robaban la comida. Se le diagnosticó un trastorno delirante, posiblemente en el contexto de una demencia. Al no tener familiares que se pudieran ocupar de ella, Teresa ingresó en un centro residencial de mayores.

Hace dos meses, fue trasladada al hospital con fiebre, deterioro de su estado general y una infección del tracto urinario causada por una bacteria multiresistente. Tras un mes ingresada en la planta de medicina interna, recibió el alta con una serie de recomendaciones específicas de cuidado, pues había superado la infección, pero la bacteria todavía colonizaba el tracto urinario.

Los/las responsables del centro residencial no aceptaron su retorno, por considerar que podía poner en riesgo la salud del resto de los residentes.

Factores de vulnerabilidad

- Deterioro cognitivo.
- Enfermedad.
- Estancia prolongada (innecesaria) en el hospital.
- Falta de apoyo familiar.
- Estigmatización debido a su patología. *(Vulnerabilidad cognitiva, funcional, familiar, asistencial y habitacional).*

Valores

- **Dignidad**, pues toda persona, con independencia de su estado de salud, merece un trato respetuoso.
- **Bienestar**, dado que entraña menores riesgos para su salud retornar a la residencia.

- **Igualdad**, por la diferencia de trato respecto de otras personas en una situación semejante en el hospital y en la residencia.
- **Justicia/Justicia distributiva**, en razón de la ocupación injustificada de una cama hospitalaria, que implica un uso indebido de recursos públicos y provoca una desigualdad para el resto de la ciudadanía.
- **Seguridad**, porque la estancia en el hospital aumenta el riesgo de contraer otra u otras infecciones.

Manuel tiene 85 años y era totalmente independiente hasta el día en que sufrió un ictus que le dejó inconsciente y postrado en una cama. A pesar de que el pronóstico inicial no era optimista (los médicos dijeron a sus familiares que su supervivencia sería de unos pocos meses), lleva 10 años encamado, polimedicado y alimentado por una sonda nasogástrica.

Su único hijo, Pedro, que se ha hecho cargo de su padre desde entonces, vive a 50 kilómetros del hospital más cercano, adonde tiene que desplazarse una vez al mes para recoger la alimentación enteral. Para este desplazamiento, independientemente del resto de citas médicas, debe pedir permiso en su trabajo, ya que el horario de atención en el servicio de farmacia del hospital coincide con su horario laboral.

Además, la sonda nasogástrica le supone a Pedro más de un quebradero de cabeza: a veces su padre se la arranca, por lo que tiene que atarle las manos a la cama, y también se le atasca con frecuencia, porque la mayor parte de los medicamentos que tiene prescritos están formulados para su administración por vía oral, y no a través de la sonda.

En el centro de salud que le corresponde a menudo le ponen problemas para cambiarla y para desplazarse a su domicilio, ya que no siempre disponen de sondas nasogástricas ni de personal adiestrado para su colocación.

Todas estas dificultades, sumadas al prolongado cuidado de su padre, hacen que Pedro presente desde hace meses, un "síndrome del cuidador", con una importante afectación en la esfera anímica.

Factores de vulnerabilidad

- Deterioro físico y cognitivo del paciente.
- Estado emocional del cuidador.
- Falta de recursos sociosanitarios (servicio de ayuda a domicilio, atención sanitaria domiciliaria)

(Vulnerabilidad cognitiva, funcional, familiar, emocional, territorial y asistencial)

Valores

- **Bienestar**, pues la situación de Manuel, influida por una cuestionable decisión médica inicial, no presenta buenas condiciones de vida objetivas y subjetivas, dada la inadecuación de los cuidados recibidos. Además, ha generado vulnerabilidad y pérdida de bienestar a su hijo, Pedro.
- **Justicia/Justicia distributiva**, por la insuficiencia e inadecuación de los recursos para el cuidado de Manuel, y por destinar a este cuidado recursos que podrían dirigirse a atender las necesidades de otros usuarios.
- **Igualdad**, por las diferentes posibilidades de acceso a los cuidados en razón del territorio o lugar de residencia y las condiciones laborales.

Juan, de 80 años, sin familiares cercanos, vivía solo en su domicilio hasta hace unos meses.

Hace un año le diagnosticaron un cáncer de hígado que se empezó a tratar de forma ambulatoria en el hospital de día de Oncología.

Hace un mes su estado de salud empeoró y tuvo que ingresar en el hospital. En el momento del alta, su nueva situación de importante deterioro físico hacía imposible que pudiera volver a vivir solo en el domicilio, por lo que el servicio de trabajo social solicitó para él una plaza en un centro residencial de mayores por la vía de "emergencia social". Mientras tanto, y a la espera de que le asignasen la plaza definitiva, permaneció en un centro sociosanitario concertado con el SERGAS.

Cuando le adjudicaron la plaza a 200 kilómetros de su lugar de residencia, Juan se derrumbó, pues, a pesar de su estado de salud, mantenía el contacto con sus vecinos y le gustaría seguir viviendo en el pueblo, donde tiene su vida y a sus amigos.

Factores de vulnerabilidad

- "Deslocalización".
- Deterioro físico.
- Falta de apoyo emocional (amigos, entorno).

(Vulnerabilidad funcional, territorial, habitacional y emocional)

Valores

- **Bienestar**, dado que las condiciones de vida y el plan de cuidados de su elección (vida en su domicilio, en contacto con sus vecinos), e incluso la opción subsidiaria de estancia en un centro residencial, no son posibles.
- **Autonomía**, en primer lugar, por la pérdida de autonomía funcional a causa

del empeoramiento de su estado de salud, e incluso, y en segundo lugar, por perder también su autonomía decisoria, en la medida en que no es posible respetar su elección sobre el plan de vida y cuidados en su domicilio.

- **Justicia**, pues los recursos puestos a disposición de Juan, a pesar de servir para atender momentáneamente su deterioro físico, no respetan su decisión autónoma, no satisfacen su bienestar respecto de sus cuidados, y pueden originar un empeoramiento de su estado de salud.

Pilar es una mujer de 92 años competente y autónoma para las actividades básicas de la vida diaria. Vive sola en un quinto piso sin ascensor. No tiene apoyo familiar de referencia. Un vecino suele prestarle ayuda para la compra y otros recados simples.

Al encontrarla postrada en el suelo de su casa, sin haber recibido asistencia a lo largo de todo un día, llama a una ambulancia que la traslada al servicio de urgencias del hospital, donde permanece ingresada varios días por una rabdomiólisis, que tras el alta le impide caminar. Aun así, quiere regresar a su domicilio. Tan solo 24 horas después es conducida de nuevo al servicio de urgencias porque su vecino no puede hacerse cargo de ella en el domicilio y ha dejado de ser autónoma para atender sus necesidades básicas diarias, como asearse o prepararse la comida.

Pilar no tiene problemas económicos, pero ni quiere ir a una residencia ni ingresar en el hospital (ni existen criterios para ello). Después de varias interconsultas con la trabajadora social y con el servicio de medicina interna, decide volver a su casa. Cuando el personal de la ambulancia llega al domicilio y constata la situación en la que quedaría, la devuelven al servicio de urgencias

alegando no ser capaces de dejarla en esas condiciones. Finalmente, Pilar ingresa en el hospital a la espera de que se tramite una vía alternativa a la de residir en su domicilio.

Factores de vulnerabilidad

- Incapacidad funcional (temporal).
- Falta de apoyo familiar.
- Características de la vivienda.
- Estructura y recursos del sistema de cuidados
(Vulnerabilidad funcional, emocional y habitacional)

Valores

- **Autonomía decisoria y funcional.** La estructura asistencial impide respetar la decisión autónoma de Pilar, quien, por otra parte, es incapaz de atender por sí misma sus necesidades básicas y de llevar a la práctica sus decisiones sobre su cuidado y plan de vida.
- **Bienestar.** La situación personal de Pilar (pérdida de autonomía para atender sus necesidades básicas) y las características de su domicilio han impedido a los técnicos respetar su elección.
- **Justicia/Justicia distributiva.** No existen recursos para proporcionar cuidados adecuados a Pilar en su domicilio (respetando su decisión autónoma, más aún en ausencia de criterios o indicación de ingreso). Además, su reingreso en el hospital implica el consumo de recursos inadecuados para su situación y necesarios para otros usuarios.
- **Seguridad.** El ingreso residencial sería una solución alternativa para mejorar la protección física de Pilar y para evitar daños, si bien podría disminuir su confianza y autoestima.

C 97 → 98 **6 Conclusiones**

G 55 → 58



La vulnerabilidad es la condición que hace a una persona susceptible de ser dañada física o psíquicamente y es fuente de deberes morales, por cuanto no dañar es una obligación ética básica.

La vejez es una etapa de la vida en la que sigue siendo posible desarrollar proyectos personales, pero en la que se incorporan elementos que exponen a algunas personas ancianas a una mayor vulnerabilidad.

La vulnerabilidad depende de las características y las circunstancias individuales y sociales, y se manifiesta con distinta intensidad en cada persona anciana y en los diferentes momentos de su vida.

Los factores que originan la vulnerabilidad suelen manifestarse en forma de capas acumulables, identificándose distintos tipos de vulnerabilidad: cognitiva, funcional, económica, familiar, emocional, territorial, asistencial, habitacional, territorial, comunicativa, participativa y cultural.

La vulnerabilidad de la persona anciana muestra la brecha existente entre las necesidades de cuidados y la respuesta efectiva, tanto en el ámbito público como en el privado.

El efecto de irradiación que produce la vulnerabilidad en el entorno convierte en vulnerables a las personas encargadas del cuidado, para las cuales esta tarea es un estresor que les produce efectos negativos que coexisten con otros positivos. Todo ello genera la necesidad de cuidar al cuidador, en particular al denominado cuidador informal, que suele ser una mujer.

El envejecimiento progresivo, el aumento de la esperanza de vida y la incorporación de

la mujer al mercado laboral han influido en la organización social, el modelo laboral y económico, las costumbres, las formas de vida, y condicionan las políticas de cuidado. Este cambio debería propiciar el tránsito hacia un sistema capaz de atender a pacientes que precisan recursos coordinados, sociales y sanitarios.

Los cuidadores informales y las necesidades no detectadas muestran que para completar el panorama de la vulnerabilidad de las personas ancianas en nuestra sociedad es preciso tener en cuenta una realidad paralela no contabilizada en los datos estadísticos.

El cuidado de la vulnerabilidad requiere combinar actuaciones preventivas y paliativas, educativas y asistenciales, individuales y sociales.

La dignidad de la persona anciana impone una obligación categórica de reconocimiento y respeto, especialmente exigible a todos los profesionales implicados en la atención socio-sanitaria.

Respetar y promover el valor de la **autonomía** (decisoria, funcional o ejecutiva e informativa) supone capacitar y establecer sistemas de apoyo adecuados para que toda persona anciana pueda elegir y realizar su proyecto vital.

La **intimidad** (física o corporal, espacial e informativa) es un ámbito reservado de nuestra vida que contribuye a preservar la confidencialidad y mejora el proceso de la toma de decisiones.

Como la fragilidad se acentúa en situaciones de dependencia y vulnerabilidad, el valor de la **seguridad** proporciona previsibilidad y protección frente a los riesgos y daños que pueda sufrir la persona anciana.

La falta de una **igualdad** real de oportunidades impide que la persona anciana siga desarrollando su proceso vital y alcance su bienestar.

El valor de la **justicia** exige el reconocimiento y la participación de la persona anciana, y un reparto equitativo de bienes y cargas orientado a garantizar sus cuidados.

La **solidaridad** supone asumir un compromiso no exigible de cuidado de la persona anciana que atienda sus necesidades específicas y evite su desprotección.

especial énfasis en la atención primaria, domiciliaria y en los hospitales de día.

Establecer mecanismos de evaluación que aseguren una atención de calidad.

Adecuar a los factores de vulnerabilidad de las personas ancianas la prioridad asistencial, los espacios, los recursos y las medidas de protección y supervisión.

Ajustar las nuevas tecnologías a las necesidades y circunstancias de las personas ancianas vulnerables.

Potenciar una valoración y resolución de la dependencia más ágil y adaptada a las circunstancias de las personas ancianas.

Promover la planificación anticipada de las decisiones y los documentos de instrucciones previas entre la ciudadanía y facilitar su conocimiento y uso por parte de los profesionales asistenciales.

Incluir en la historia clínica un apartado para la historia de valores de los pacientes de fácil consulta por los profesionales.

Incorporar la atención a la vulnerabilidad de la persona cuidadora como parte esencial de la asistencia sanitaria de la persona anciana.

Para los profesionales

Ser proactivos en la detección de los factores de vulnerabilidad que amenazan el proyecto vital de la persona anciana.

Prestar atención a la vulnerabilidad de las personas cuidadoras.

Garantizar un seguimiento específico de los ancianos que viven solos o con escaso apoyo social y familiar, estableciendo alertas de las situaciones de vulnerabilidad.

98 → 99 **7** Recomendaciones

 59 → 63

Para la Administración

Consolidar la cultura bioética como seña de identidad del Sistema Público de Salud de Galicia.

Desarrollar políticas de formación en Bioética que ayuden a los profesionales de los sistemas sanitario y social a detectar y gestionar situaciones de vulnerabilidad.

Promover la reflexión sobre aspectos éticos de la atención a las personas ancianas vulnerables.

Reconocer la autonomía y fomentar el respeto a las personas ancianas.

Dinamizar la coordinación eficiente entre el sistema sanitario y el sistema social y promover planes individualizados de atención que integren las necesidades sanitarias y sociales de cada persona anciana.

Planificar una asistencia sanitaria de las personas ancianas en consonancia con la realidad demográfica de Galicia, que ponga

Explorar las preferencias y los valores de los pacientes sobre sus cuidados, ajustar el proceso de información a sus necesidades y circunstancias, y documentarlos adecuadamente en la historia clínica.

Promover la planificación anticipada de las decisiones y la elaboración del documento de instrucciones previas.

Favorecer la atención primaria y evitar en lo posible la hospitalización.

Promover la atención coordinada entre los profesionales y realizar una asistencia continuada de los pacientes vulnerables.

Utilizar de manera responsable los recursos del sistema público para prestar una asistencia de calidad.

Favorecer el desarrollo de buenas prácticas (conciliación farmacoterapéutica, adecuación de las medidas de contención, plan de cuidados al alta hospitalaria, evitar tratamientos fútiles) y de un plan de prevención específico de la iatrogenia asistencial en las personas ancianas.

Para la ciudadanía

Rechazar la estigmatización de las personas ancianas, fomentar su respeto y su autonomía, y establecer canales de participación que les permitan seguir sintiéndose útiles y conectadas con su comunidad.

Participar en medidas preventivas de las situaciones de vulnerabilidad derivadas del envejecimiento y el deterioro de la salud que se orienten a favorecer la autonomía y la seguridad.

Tomar conciencia de lo que supone el proceso de envejecer en nuestro proyecto vital y de las limitaciones futuras que lleva asociadas.

Implicarnos en la configuración de los cuidados futuros a través de la planificación anticipada de las decisiones y el documento de instrucciones previas.

Contribuir a mejorar la atención comunicando al personal sanitario nuestra situación clínica, medicación y cualesquiera otras medidas de soporte. Esta responsabilidad corresponde también a las personas cuidadoras y al entorno familiar y personal.

Colaborar con el personal sanitario cuando explore nuestros valores y preferencias sobre los cuidados y decisiones futuras.

Compartir las tareas de cuidado de las personas ancianas para corregir la asimetría de género.

Hacer un uso responsable del sistema sanitario.

100 → 102 **8 Bibliografía**

65 → 68

Alonso-Renedo FJ; González-Ercilla L; Iráizoz-Apezteguía I. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014; 49:228-234. [Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4852539>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Baztán-Cortés JL, González-Montalvo JI, Solano-Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin.* 2000; 115: 704-717. [Disponible en: <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/ancianoI.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Carrera-Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. *Enfermería Global*, 2012; 27: 356-378. [Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Casado M, Rodríguez P, Vilà A. (coords.). Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad. Barcelona: Universitat de Barcelona. Observatori de Bioètica i Dret; 2016. [Disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08532.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Comisión Gallega de Bioética. Los cuidados al final de la vida. Xunta de Galicia Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud Santiago de Compostela; 2012. [Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña. Documento de reflexión sobre contenciones. Generalitat de Catalunya; 2015. [Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/RefelxionesContencionesCEticaCatalunya.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Estratexia Sergas 2020. Xunta de Galicia. [Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Feito L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 (Supl. 3): 7-22. [Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2004>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Fernández-Alonso MC; Herrero-Velázquez S; Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria.* 2006 ;37 (1): 56-59. [Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81133600.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

García Pérez J. Bioética y Personas Mayores. Madrid: Informes Portal Mayores. 2003; 4 [Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

González de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *SEMEGEN Medicina de Familia.* 2013; 39: 447-449. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000476?via%3Dihub>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Helge Solbakk JA. Vulnerabilidad ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética/UNESCO.* 2011; 1: (3), 89-101. [Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002129/212982m.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Instituto Galego de Estatística, 2018

[Disponible en: <https://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=es>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundial sobre envejecimiento y la salud 2016-2020; 2016 [Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

López J, López-Arrieta, J, Crespo M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. Arch Gerontol Geriatr. 2005; 41 (1): 81-94. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494304001979?via%3Dihub>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

López MF, Fernández JM, Arrojo M. Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013. Liñas estratéxicas para o desenvolvemento de accións asistenciais sociosanitarias. Xunta de Galicia. [Disponible en: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/490/Plan%20marco%20de%20atención%20sociosanitaria%20de%20Galicia%202013\(Galego\).pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/490/Plan%20marco%20de%20atención%20sociosanitaria%20de%20Galicia%202013(Galego).pdf)] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics. 2009; 2(1): 121-139. [Disponible en: <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/ijfab.2.1.121>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Luna F: Repensando políticas públicas desde la noción de capas de vulnerabilidad: el caso de las personas mayores. Bioethics UPdate 2015;1:54-73. [Disponible en: <https://kundoc.com/pdf-repensando-politicas-publicas-desde-la-nocion-de-capas-de-vulnerabilidad-el-caso.html>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia-Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán-Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010; 42: 388-393. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Martínez-Ques AA. La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos. Revista de Derecho UNED. 2015 17: 1067-1102. [Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/viewFile/16262/14009>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Martínez-Ques AA. Uso y abuso de las contenciones y sujeciones mecánicas. Ética de los Cuidados. 2017; 10 (19) [Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et1902.php>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

MATIASS manual de trabajo, información y asesoramiento en servicios sociales. Consellería de Política Social. Xunta de Galicia. [Disponible en: https://matiass.xunta.es/index.php?option=com_user&view=login] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Observatorio de personas mayores. Cuidadores y cuidadoras: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Instituto de Mayores y Servicios Sociales 2008; 35. [Disponible en: <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Pamplona, R: La vida humana ante el proceso de envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44: 119. [Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-vida-humana-ante-el-S0211139X09001000>] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Patrão-Neves MC. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética.* 2006; 2(2): 157-172. [Disponible en: https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M_Patr%C3%A3o_Neves_Sentidos_da_Vulnerabilidade.pdf] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Peris JF, Fernández EM, García-Mina M, Santos B, Albiñana MS, Delgado E. et al. Prestación Farmacéutica Especializada en Centros Sociosanitarios: Análisis de situación y Propuesta. Madrid: CRONOS-SEFH; 2013. [Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Recomendaciones sociedades científicas. Compromiso por la calidad. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: 2018. [Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Rogers W, MacKenzie C, Dodds S. Why Bioethics needs a concept of vulnerability. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics.* 2012; 5 (2): 11-38.

Sánchez-Beizaa L, Sánchez-del Corral F. Nuestros ancianos se vuelven itinerantes. *Aten Primaria.* 2000; 26 (5): 331-332. [Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656700786756-S300] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Ten Have H. Respect for human vulnerability: the emergence of a new principle in Bioethics. *Bioethical Inquiry.* 2015; 12: 395-408.

The Commonwealth Fund International Experts Working Group on Patients with Complex Needs Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs. Ten Recommendations for Policymakers; 2017 [Disponible en: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2017_aug_roland_10_recommendations_for_complex_patients_revisedexpanded.pdf] (Fecha de acceso: 05/06/2018)

Tronto JC. Caring democracy. Markets, equality, and justice. New York: New York University Press; 2013.

UNESCO International Bioethics Committee (IBC). The principle of respect for human vulnerability and personal integrity; 2013. [Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002194/219494E.pdf>] (Fecha de acceso: 05/06/2018).

c 103 → 104 **9** Normativa

G 69 → 71



Ámbito europeo

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (DOUE n° 119, de 4 de mayo de 2016) [Disponible en <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ámbito estatal

Constitución española. (BOE n° 311, de 29 de diciembre de 1978) [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respeto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y a la Biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (BOE n° 251, de 20 de octubre de 1999). [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638&lang=eu>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE n° 102, de 29 de abril de 1986) [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE n° 298, de 14 de diciembre de 1999) [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica. (BOE n° 74, de 15 de noviembre de 2002). [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE n° 299, de 15 de diciembre de 2006) [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE n° 17, de 19 de enero de 2008) [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-979>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE n° 98, de 24 de abril de 2012). [Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. (BOE nº 183, de 30 de julio de 2018). [Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>] (Fecha de acceso: 31/07/2018).

Ámbito autonómico gallego

Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y la historia clínica de los pacientes (DOG nº 111, de 8 de junio de 2001), modificada por la Ley 3/2005, de 7 de marzo (DOG nº 55, de 21 de marzo de 2005) [Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2005/20050321/Anuncio892E_es.html] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ley gallega 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, modificada por la Ley 1/2018, de 2 de abril (DOG nº 143, de 24 de julio de 2008) [Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2008/20080724/Anuncio3172A_es.html], modificada por la Ley 1/2018, de 2 de abril (DOG nº 68, de 9 de abril de 2018) [Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2018/20180409/AnuncioC3B0-040418-0001_es.html] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Orden conjunta del 7 agosto de 2009, de la Consellería de Sanidad y de la Consellería de Trabajo y Bienestar, por la que se crea el comité de planificación de atención sociosanitaria de Galicia. (DOG nº 168, de 27 de agosto de 2009) [Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2009/20090827/Anuncio2A54A_es.html] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Ley gallega 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. (DOG nº 133, de 16 de julio de 2015). [Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2015/20150716/AnuncioC3B0-020715-0003_es.html] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

Decreto 23/2018, de 15 de febrero, por lo que se modifica el Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por lo que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste. (DOG nº 40, de 26 de febrero de 2018) [Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2018/20180226/AnuncioG0425-190218-0004_es.html] (Fecha de acceso: 05/07/2018).

gàlicia

Consellería
de Sanidade

Secretaría
Xeral Consellería
Documentos
estratéxicos

6
A