Globethics Repository



Edad avanzada y limitación de recursos [Advanced age and limited resources]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Pascual y Barlés, Guillermo
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-09 02:05:45
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/204083

COLABORACIONES

EDAD AVANZADA Y LIMITACION DE RECURSOS

Guillermo Pascual y Barlés
Escuela Aragonesa de Cuidados de Salud, Zaragoza.

Uno de los problemas más importantes para el próximo futuro, ya presente en nuestro país, al igual que en el resto de los países occidentales es el interrogante acerca de cuál será el coste económico y la asignación de recursos a las personas de edad avanzada.

Es éste un tipo de cuestión que se obvía sistemáticamente debido a opiniones encontradas cuando en debates se habla en contexto de justicia y equidad. La mejor fórmula para salir airoso ha resultado siempre mirar para otro lado y aparentar que tal dilema es inexistente.

La importancia existe, porque sabido es por todos el elevado número de personas mayores que existen en todos los países, sus perspectivas futuras, o ya no tan futuras, si nos referimos a los estudios prospectivos que se han efectuado para el comienzo del siglo XXI y el desgraciadamente menor número de personas jóvenes ocupadas que existen y existirán para mantenerlos.

El cambio: una situación forzosa

Una de las consecuencias de la tecnificación en la que vive el hombre es precisamente que lo necesita menos en cantidad, que no en calidad, puesto que la especialización y la profesionalización serán cada vez más precisas y reconocidas. Este cambio supondrá aminoramiento, según autores, de la minusvalía y la enfermedad, tónicas en ese tipo de sociedad a la que nos vemos abocados. Lo que no explican adecuadamente es el valor económico de tal tecnificación, la amortización de la misma o quién ha de mantenerla y actualizarla.

En el individuo mayor, es oportuno referirnos más concretamente al que supera/superará los ochenta y cinco años y que en cierta forma caracteriza al pensamiento que teníamos hace muchos años del que entonces se entendía como *mayor,* es decir: persona que precisa ya la atención más continuada de otro tipo de personas, familiares o no, para su correcta vida diaria; es decir: *comienza a no ser independiente.* Las perspectivas futuras, apoyándose en la realidad actual de éxitos en salvar la vida a costa de ceder en cronicidades cada vez más manifiestas, nos trasladan la información de que este tipo de persona será más frecuente, tendrá menor

calidad vital, como hoy la entendemos los que podemos tenerla toda, pero no será quizá estrictamente controlada por los *mantenedores* necesarios.

Ya en los años 70, ante las previsiones de economistas especializados que vaticinaban duros tiempos para el progreso humano de los gobiernos occidentales, surgieron voces que reivindicaban el derecho a que las personas mayores poseyeran los mismos recursos sanitarios y de atención que tenía una persona joven. Era el movimiento *antiageista que* nació en Estados Unidos, que luego se trasladó por todo el mundo manteniéndose ágil y cada vez más vivo socialmente.

Significativamente, el aumento de la duración de la vida generará una permanente presión social por parte de la ciudadanía para seguir demandando continuas mejoras en la calidad de vida de los tratamientos, medidas de diagnóstico y cuidados que van a suponer un gasto de recursos que una sociedad civil verá difícil sostener. Es evidente, según autores, que el incremento en el gasto sanitario será notable.

Existen, sin embargo, otro tipo de autores, como Fries (1) que defiende la teoría de la *compresión de la morbilidad* antes del hecho de la muerte, o lo que es lo mismo, que las personas vivirán con mayor y mejor salud, dándose una reducción al mínimo de la enfermedad antes de morir.

Por otro lado, existen criterios que reivindican el no poder establecer con excesiva claridad la veracidad de las estadísticas a diez años e incluso a cinco en virtud a los cambios sociales, económicos, etc. tan exacerbados, de cualquier tipo, que se generan en nuestra sociedad. Por lo tanto, defienden la creencia de que sería erróneo efectuar análisis reivindicativos o planificadores de una cierta valía que supusiesen contemporaneidad y sentido progresista de un ideario ya no solo profesional sino estrictamente moral y humano.

Existe otra visión más: la que mantiene que el problema no es real, y que no tiene sentido exacerbarlo al rango de moral. Las mejoras continuas en la actividad sociosanitaria del mayor, junto con la correcta utilización y adecuación de los recursos y el aumento del crecimiento económico ininterrumpido no generarán ningún tipo de alteración que no se pueda solucionar (2).

Otra alternativa existente, podría ser aquélla que pensase en la curación de todas aquellas patologías que generen excesivo gasto social y económico: cáncer, demencia, cardiopatías, broncopatías, SiDA, etc. Todo ello, claro está, sin limitar los conceptos éticos que en la actualidad se comienzan a debatir aunque muy superficialmente: clonación, bancos de células, etc, o lo que es lo mismo: *el fin justifica los medios.*

Como puede verse, los criterios ante un tema de tan amplio calado y repercusión es variopinto. Existen muchas teorías y cada una por sí sola tiene vestigios de poder ser cierta.

¿Limitación en las prestaciones o mejor distribución de los recursos?

Hace años, y bajo el impulso de la imagen de personas muy conocidas

socialmente, se hizo observar que los límites a la propia vida eran los lógicos, los que debían ser, porque el hombre nace, vive, se reproduce, porta una vida lo más sana posible y muere. El sentimiento de la medicina curativa debía dejar paso a la paliativa, y no querer ir contranatura, no utilizar medidas curativas frente a situaciones que en ninguna manera se podían entender como tales. El Profesor Albert Jonsen fue uno de los impulsores del término *futility*, que intenta describir el control del uso de técnicas inútiles, evitando así la verdadera limitación de prestaciones consistente en el racionamiento de las que son útiles. A partir de entonces se desarrolló, lógicamente, una medicina que dignificaba al ser humano, de igual forma que el hombre se integraba en la medicina y los hacía más iguales: los democratizaba.

Ahora, de una forma similar, también nos hallamos en una encrucijada, distinta, en la que se habla de términos que asustan porque no se entienden en profundidad: recursos, eficiencia, eficacia, equidad.

Una cosa se tiene clara: el cambio se exige. Un giro suave se ha venido efectuando desde ya hace algún tiempo. Las propuestas pretéritas de que lo *público* debía hacerse cargo social y sanitariamente de nosotros cuando fuéramos mayores ya se está observando que no se contempla ni en el día de hoy ni por supuesto en el de mañana. El *papá Estado* carece de los suficientes ahorros para sostenernos a todos. Ahora ha de decidir a quién elige para seguir manteniéndole, y aún así existen tantos para ser ayudados que la elección que hoy no es sencilla, mañana lo será mucho menos.

El consenso generalizado de todos los interesados estima que mientras se tengan recursos propios o del ámbito familiar, la intervención social pública será mínima . La participación del sujeto, cada vez es más obligatoria, no sólo en el ámbito social sino en el sanitario: los fármacos se comienzan a suprimir de la prestación de la seguridad social, se le *dan facturas sombra* en los hospitales públicos, se efectúan jornadas, reuniones y simposios que hablan de nuevas formas de gestión pública que transmiten la idea de que "más importante que el recorte de gastos es la reforma de los métodos de gestión", y se comienza a hablar del *copago*, aunque muy tímidamente y mirando de soslayo a las encuestas del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas).

Al ciudadano se le estimula a ser copartícipe de una situación delicada, que no crucial. Y éso es razonable, de igual forma que lo es el avisarle de que se debe ser solidario en el gasto y utilizar racional y razonablemente la sanidad pública, porque cuantos más años tenga, más tendrá que utilizarla. Y lo que es todavía más importante a los ojos del clínico que día a día tiene que pelearse con la enfermedad: que hay muchas enfermedades que no tienen curación y que todo lo que individualmente, pero con los recursos de todos, se haga será totalmente estéril. Quizá este tipo de actuaciones venga a poner frontera a una serie

de actitudes terapeúticas y de gestión que dudosas, sin embargo, han sido utilizadas durante mucho tiempo; no éticamente incorrectas, pero sí en cambio limítrofes en su carácter democratiforme y solidario que no contribuían precisamente a lo que se entiende con el término de *equidad (3).*

¿Una nueva forma de hacer medicina?

Hoy estamos observando el lento, pero seguro caminar, de la actividad manifestada por la llamada *Medicina basada en la evidencia,* no nueva, ya que la medicina siempre se ha basado en la evidencia científica disponible; aunque, efectivamente, durante largas épocas de la humanidad esta evidencia ha sido muy escasa. La revolución científica de este siglo ha aportado una cantidad de conocimientos muy superiores a los que se tenían anteriormente y, por lo tanto, la medicina de hoy se basa en los nuevos conocimientos científicos.

La Medicina basada en la evidencia es algo más que una moda trivial que desde hace unos años envuelve a los estudiosos de¡ futuro en medicina: es la utilización consciente y explícita de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre los problemas de salud, constituyendo así un hábito de trabajo útil como esencia. Evidentemente esta actual forma de ver el futuro deberá conllevar consensuadamente cambios de estructura en los planes de actuación en la comunidad, forma de trabajo, evolución de terapias, etc, y todo ello deberá influir de un modo muy decisivo en el *mayor,* porque al final de toda decisión que el médico tome estará la vertiente equilibradora que justifique una u otra. Y en ella también se verá implícita el capítulo *de recursos* con los que se contará cuando se evalúe acreditando el coste final.

Mientras tanto, en este lado del océano, existe la protección de no ser, por ejemplo, un ciudadano americano al que se le comienza a segregar sanitariamente según su edad de una forma protocolizada, haciendo intervenir al médico de una forma nada ilusionante, obviando su carácter sanador e instándole a que en la balanza de su relación con el paciente haga primar el aspecto de gestor económico o economicista, pagándole las compañías sanitarias menos por atender a personas mayores, de la misma forma que lo efectúan a los hospitales que los acogen.

Aquí, por el momento, no se habla todavía de límites en la asistencia, al menos de una forma directa, sino que -como si de una variable metodológica se tratara-, se pretende que la evolución lógica del pensamiento social sitúe cada momento en su 'tíming'. Es más importante evitar racionamientos de servicios que enlentecer la puesta en marcha de una forma de pensar de los que en un mañana cercano seremos objetivo de estas disquisiciones actuales.

¿Lo sanitario o lo sociosanitario?

Cuesta todavía entender por la ciudadanía que el lugar de la asistencia al *mayor,* (y al no mayor), mientras se pueda, ha de ser en su propio hábitat,

situando el hospital en el grado más elevado de solicitud y atención, demandada siempre por su médico de referencia.

La atención primaria de nuestro país está en condiciones de atender muy dignamente ese primer escalón de atención, incluso con mayor garantía de éxitos por muy diversas explicaciones. Y este pensamiento, razonado, debe ser trasladado a la opinión pública, mediante los medios de comunicación existentes utilizados en otras ocasiones. No puede contemplarse injustificadamente que por la razón, validísima, de poseer una tarjeta de atención sanitaria se colapse un servicio de urgencias por una dolencia que puede y debe ser tratada en un escalón menos especializado de atención. Por mucho que se exija, debe primar siempre la voluntad, y sobre todo, el criterio profesional del médico. Diferente es cuando la calidad de esta asistencia en su domicilio se queda escasa. Y también este aspecto ha de decirse.

Sin embargo, paradójicamente, este Estado que atiende muy estrechamente al paciente agudo, como otros muchos Estados antes, no ha pensado suficientemente en las dependencias, los cuidados de convalecencia o de recuperación como lo han hecho otros, más de estirpe anglosajona. Tal vez la respuesta venga dada por el carácter latino de nuestra ascendencia que converge en la mayor importancia que el ciudadano enfermo tiene para la familia. ¿Para qué habría que pensar en un problema inexistente, podría preguntarse? Sin embargo, con los nuevos cambios sociales que han afectado a la familia, que la han reconvertido, nucleándola, segmentándola la mayor de las veces por exigencias de carácter laboral, ha emergido una situación que hoy es actualidad por nuestros mayores y nuestro propio futuro (4).

Eso que se ha llamado muy acertadamente como *lo sociosanitario, y* que se ciñe perfectamente entre otros sujetos, en la persona mayor, que no sólo presenta una problemática de salud sino que se le añade una complejidad social que le hace ser vulnerable a aspectos que hasta entonces veía de soslayo, no acaba de interesar como se debiera a los órganos de poder, de cualquier poder.

A caballo entre una consejería u otra, entre un ministerio u otro, esta palabra: *lo sociosanitario*, no posee la libertad propia de reclamar su legítima identidad, justificando las demandas de asistencia como entremezclándose la vertiente sanitaria y la social. Y quizá sea esta palabra, *lo sociosanitario*, la adecuada para delimitar esa línea de actuación que habrá de oirse cada vez con mayor frecuencia y caminar siempre unidas de la mano: equidad y justicia, cuyo significado es tan difícil de concretar, y que rememorando a aquel famoso dicho de San Agustín al preguntársele por el tiempo "... si no me lo preguntan, lo sé; pero cuando me lo preguntan, no lo sé".

Si en el campo de la ética sanitaria se distinguen dos grandes apartados: *la microética*, encargada de intentar dar respuesta a los problemas cotidianos, como el consentimiento informado, los límites de la capacidad para negación de trata-

mientos, etc, existe otro que se ciñe a temáticas más globales, más de política sanitaria, es *la macroética* (5). Uno de los temas más complejos que ha de estudiar y dirimir es el que hace alusión a la justicia sanitaria. Nuestra Constitución acepta el precepto de ser todos igualmente receptivos a los servicios sanitarios públicos, sin distinción de raza, profesión, color, etc. o lo que es lo mismo, justificando el principio de igualdad de oportunidades. Es por ello que acredita la necesidad de la atención, sin recortes en su proporción, y la asistencia del mayor; aunque paradójicamente, si nos referimos a lo sociosanitario, resulta que cuando los gobiernos han de modificar a la baja los presupuestos generales, siempre lo hacen en el capítulo de los servicios sociales y/o sociosanitarios.

Buscando soluciones

Concluyendo y dejando este aspecto abierto a otras interpretaciones, sería lógico que si se dirigen limitaciones en recursos:

- Se contemple siempre la regla del mal menor, exigiendo que la eficiencia sea la que gobierne los recursos (que no se desperdicien).

- La justicia terapeútica, en toda su extensión, sea la que prime en cualquier intervención sanitaria.

- Exista comunicación a la sociedad civil por parte de los encargados de distribuir los recursos, justificando la toma de decisiones y contando también con ella.

- Se cuente con el núcleo fundamental de nuestra sociedad: *la familia*, y se le incorpore a colaborar en la implantación de un sistema de apoyo a una sanidad que cada vez poseerá mayor impregnación social (6).

CORRESPONDENCIA: G. Pascual y Barlés. C) Coso, 46, 3º B. 50004 Zaragoza.

Bibliografía

1. Fries, J.: The compression of morbility. Milbank Memorial Fund Quarterey. 1983, 61(3):347-419.

2. Binstock, R.H.; Post, S.G. editores: Too old for health care? Baltimore. John Hopskins University Press. 1991.

3. Herranz, G.: ¿Es éticamente admisible que se recorte la prestación asistencial?. Cuadernos de Bioética, 1993/3ª, 555.

4. Pascual, G.: Las demencias. Ediciones C.A.I. 1998. 63-82.

5. Gracia, D.: Fundamentos de la Bioética. Madrid. Edit. Eudema, 1989.

6. Pascual, G.: Cuidando al cuidador. Documento de trabajo. 1999. Escuela Aragonesa de Cuidados de Salud. Zaragoza.