

JOSÉ RAMÓN SALCEDO HERNÁNDEZ, MARÍA BELÉN ANDREU MARTÍNEZ: ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE MAYOR: ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS¹

INTEGRAL CARE FOR ELDERLY PATIENTS: ETHICAL AND LEGAL ISSUES

RESUMEN: Las estructuras sanitarias, ante una población cada vez más envejecida, tienen serios problemas para adaptarse a las necesidades de este colectivo. Asistencia sanitaria, asistencia social, respeto a la dignidad y mecanismos de protección jurídica específica han de combinarse para lograr una atención de calidad que responda, con sentido integral, a las necesidades de los pacientes mayores. Se hace necesaria la aplicación de fórmulas de bioderecho, inspiradas en principios de ética cívica y sustentadas por la ciencia médica, que eviten la discriminación en razón de la edad, permitan respetar la dignidad de la persona mayor y procuren a este colectivo una atención integral centrada en la persona y en las circunstancias que lo rodean, promoviendo la participación del paciente mayor en la toma de decisiones en dignidad y con el trato y cuidados adecuados.

ABSTRACT: Healthcare structures are increasingly under pressure to adapt to the needs of an aging population. Healthcare, social assistance, respect, dignity and mechanisms of specific legal protection must be combined to achieve quality care which responds to the needs of older patients. The application of bio-law formulas, inspired by principles of civic ethics and supported by medical science is required to avoid age discrimination and to ensure respect and dignity for the elderly, providing them with comprehensive personal attention and patient participation in the decision making process surrounding their treatment and care.

PALABRAS CLAVE: Bioderecho, pacientes mayores, atención integral, ética, dignidad, salud.

KEY WORDS: Bio-law, elderly patients, integral care, ethics, dignity, health.

¹ Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES). Universidad de Murcia. Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación de la Fundación Séneca (Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia): “E-salud y autonomía del paciente vulnerable a la luz del bioderecho” (ref. 19486/PI/14).

1. NUEVOS COLECTIVOS SOCIALES: NUEVAS NECESIDADES

En las últimas décadas estamos asistiendo a un cambio de significativa entidad en la configuración del entorno social. Se trata de un proceso gradual que viene afectando de forma global a las sociedades occidentales. El desarrollo, el progreso biotecnológico, los avances en biomedicina y el fortalecimiento de las condiciones de salud, han propiciado la aparición de nuevas problemáticas de carácter social que afectan a colectivos específicos o que, de alguna manera, han sido generadoras del nacimiento de colectivos identificados por una misma realidad común.

El progreso tecnológico y el avance de la ciencia en general llevan aparejado, con notable frecuencia, la aparición de problemas adicionales a los logros que se ofrecen. Debido a las especiales circunstancias que caracterizan el avance de la ciencia, en este siglo XXI (e iniciado durante la segunda mitad del siglo XX) las cuestiones que se plantean a la sociedad moderna tienen un profundo significado ético y una correspondiente preocupación jurídica, por cuanto afectan a la dignidad de la persona y cuestionan, en más de una ocasión, la propia realidad vertida en el contenido de los Derechos Humanos.

Los conocimientos tecnológicos y los avances a nivel de biomedicina, en todos sus niveles y facetas, han supuesto una importante modificación de la configuración social. Nuevas posibilidades nacidas de la biotecnología conducen a nuevas necesidades sociales que exigen ser satisfechas sobre la base de principios éticos y jurídicos reformulados, so pena de dañar el propio concepto de sociedad.

Los avances llevados a cabo en el ámbito de la salud han sobrepasado con creces las expectativas existentes no muchas décadas atrás. Las posibilidades de intervención en el ser humano, en la propia estructura constitutiva del ser humano, han permitido modificar el entorno de salud de las personas de forma exponencial a lo que venía siendo lo conocido en épocas pasadas. Ello ha provocado la eclosión de nuevos grupos sociales determinados por la coincidencia de caracteres procedentes de las consecuencias derivadas de los avances científicos. Este es el caso, por ejemplo, del concepto de familia, de la sociedad del ciberespacio o, en el tema que nos ocupa, del colectivo de personas mayores que, determinado por caracteres originados en las posibilidades que proporciona la ciencia en la prolongación de la vida, se ha situado en un entorno social y en una posición existencial de caracteres propios, específicos y, normalmente, ajenos a los derroteros por los que transita el resto de colectivos sociales. Nacido de una estructura estandarizada, cuyas previsiones de futuro no terminaban de definirse, agrupa a personas que llegan a una edad en la que, mediante la potencialidad de la intervención de las ciencias de la vida, se han superado los estándares alcanzados en generaciones anteriores, no encontrando respuestas a las nuevas necesidades generadas por su actual status.

Es un hecho que las sociedades de los países desarrollados se enfrentan a una problemática común: el envejecimiento progresivo de la población. Envejecimiento sustentado en el incremento de la esperanza de vida: mayores posibilidades de supervivencia, pero también mayores disfunciones en las capacidades de la persona para desarrollar su vida en un entorno social cada vez más hostil por falta de adecuación a las necesidades propias de este nuevo colectivo.

Las estructuras de nuestra sociedad no estaban preparadas para dar respuesta a esta nueva realidad. La atención debida al sector social de personas mayores no ha pasado de ser una atención de tipo asistencial no diferenciada en el marco de una política de atención general. Atención dirigida al tratamiento y, en su caso, solución de los problemas de salud, pero no a una política de cuidados, cuya finalidad y medios para alcanzarla difiere sensiblemente del sentido tradicional de la atención sanitaria.

A día de hoy nos encontramos con dos problemas de contenido bien diferenciado, que no han obtenido por el momento una solución adaptada a la realidad sanitaria a la que afectan. El primero es de carácter social, ya que las respuestas a las necesidades vitales de las personas mayores han de ser acordes a la realidad ambiental en la que un colectivo de tan especiales caracteres se desenvuelve diariamente; y el sistema ni dispone de una estructura adaptada a tales necesidades, ni tiene establecidos unos principios y criterios generales para abordarlas. El segundo afecta al ámbito de la salud, porque el sistema sanitario no ha sido concebido para una finalidad que va más allá del tratamiento curativo y el alivio del dolor: se abre paso la ética del cuidado y el carácter socio sanitario de la atención integral a la persona mayor desde la premisa de la dignidad².

2. LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA: DATOS ESTADÍSTICOS BÁSICOS

La información estadística de que disponemos actualmente es indicativa de la importancia y del incremento que el colectivo de personas mayores viene experimentando en los últimos años. La proyección cara a futuro, por lo demás, nos presenta un panorama en el que el envejecimiento poblacional se hace, paulatinamente, más evidente.

² Puede consultarse en este sentido los cuatro fines de la medicina propuestos en el informe "Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas", del Hastings Center (Nueva York), elaborado por un grupo de expertos internacionales y dirigido por Daniel Callahan (traducido al castellano y catalán en *Los fines de la medicina. Els fins de la medicina*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifolls y Lucas, nº 11, Barcelona, 2005, accesible en: http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/10/fins_medicina.pdf).

Según los últimos datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE)³, a 1 de enero de 2015 en España existen 8.573.985 personas mayores (de 65 y más años), lo que supone el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382)⁴. El mayor número de personas mayores se concentra en los municipios urbanos, especialmente en aquellos con una población entre 100.000 y 500.000 habitantes (1.987.083, lo que supone el 17,6% del total) o superior a 500.000 (1.503.708, correspondiente al 19,9%). Se supera, por tanto, la cifra global de los 5.834 municipios rurales (774.312 personas mayores). A pesar de todo, el envejecimiento es mucho más acentuado en este entorno rural (27,9%).⁵

Población según grupos de edad y tamaño municipal⁶

Tamaño municipal de la población (habitantes)	Número de municipios	Grupos de edad *							
		Datos en tablas absolutos y % horizontales							
		Total población	Jóvenes		Adultos		Mayores		
TOTAL	8.119	46.624.382	7.460.369	16,0	30.590.028	65,6	8.573.985	18,1	
Rural	5.834	2.749.014	308.533	11,2	1.666.169	60,6	774.312	27,9	
0 - 100	1.238	72.436	3.346	4,6	39.775	54,9	29.315	40,7	
101 - 500	2.659	661.567	58.137	8,8	384.811	58,2	218.619	33,0	
501 - 1.000	1.032	735.181	84.396	11,5	446.833	60,8	203.952	27,6	
1.001 - 2.000	905	1.279.830	162.654	12,7	794.750	62,1	322.426	24,9	
Intermedio	1.534	6.967.475	1.114.977	16,0	4.516.326	64,8	1.336.172	18,9	
2.001 - 5.000	985	3.105.502	470.358	15,1	1.985.634	63,9	649.510	20,7	
5.001 - 10.000	549	3.861.973	644.619	16,7	2.530.692	65,5	686.662	17,5	
Urbano	751	36.907.893	6.036.859	16,4	24.407.533	66,1	6.463.501	17,1	
10.001 - 20.000	351	4.983.746	851.666	17,1	3.287.571	66,0	844.509	16,6	
20.001 - 50.000	255	7.522.782	1.309.956	17,4	5.027.184	66,8	1.185.642	15,5	
50.001 - 100.000	83	5.961.547	1.033.753	17,3	3.985.235	66,8	942.559	15,4	
100.001 - 500.000	56	10.979.122	1.745.198	15,9	7.246.841	66,0	1.987.083	17,6	
>500.000	6	7.460.696	1.096.286	14,7	4.860.702	65,2	1.503.708	19,9	

* Grupos de edad:

Jóvenes: Población menor de 16 años. Adultos: Población de 16 a 64 años. Mayores: Población de 65 y más años.

Por Comunidades Autónomas, Castilla y León, Asturias y Galicia son las más envejecidas con una proporción de personas mayores en torno al 24%. Baleares, Murcia y Canarias presentan la proporción más baja (15%). Cataluña, Andalucía, y Madrid (sus porcentajes oscilan entre el 16% y el 18%) son las comunidades con población de mayor edad (se supera el millón de personas mayores en cada una de ellas).⁷ A nivel europeo Italia, Alemania,

³ Los datos proceden del INEbase, operaciones estadísticas agrupadas por temas. Puede consultarse en <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>

⁴ Población por sexo, sección y edad. Según la proyección del INE, en 2061 habrá más de 16 millones de personas mayores, lo que supone el 38,7% del total poblacional.

⁵ Fuente: ABELLÁN GARCÍA, ANTONIO; PUJOL RODRÍGUEZ, ROGELIO (2016). "Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, *Informes Envejecimiento en red n° 14*. [Fecha de publicación: 22/01/2016]. <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>>, p. 4.

⁶ Ibidem (Tabla 1.2)

⁷ Fuente: INEbase (a 1 de enero de 2015).

Grecia, Portugal y Bulgaria son los países con las cifras porcentuales más altas de personas mayores, superando el 20%.⁸

En los parámetros de análisis utilizados se toma como punto de partida un umbral fijo de edad (65 años); pero también es posible partir de un umbral móvil basado en la esperanza de vida (edad prospectiva) que sitúa el inicio de la vejez a quince años de la esperanza de vida restante. Utilizando este criterio y a día de hoy, la edad prospectiva se situaría en los 71 años para el varón y los 75 para la mujer, por lo que las cifras de personas mayores se verían reducidas en, aproximadamente, un 9% respecto de los datos consignados. Estaríamos hablando de un colectivo de personas mayores en torno a los 7.800.000 en el conjunto de la población total (16,5%). Cifra que no varía significativamente la magnitud de los datos en este ámbito.

En España se espera que hacia el año 2050 el total de personas mayores se duplique respecto de las cifras actuales. Incremento que irá unido a un descenso poblacional (en torno a un 10%) como consecuencia del incremento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. ¿Cómo será la vida de esas personas? Sus demandas sociales y de salud ¿de qué tipo serán? ¿No estamos ante un anticipo de esa realidad? ¿Estaremos preparados para dar respuesta a sus necesidades? ¿Lo estamos ahora para dar respuesta a las que están aflorando?

3. NECESIDAD DE UN CAMBIO EN LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN DESDE LA ÓPTICA DEL BIODERECHO

No cabe duda de que las personas mayores constituyen un colectivo de los que podemos calificar de vulnerable. Vulnerabilidad que se hace aún más patente en el ámbito de la salud y en el concepto de paciente. Se hace preciso poner en valor la identidad de la persona mayor y el hecho de que el envejecimiento exige una modalización de su tratamiento, sin que ello suponga una merma en los derechos.

Según la Organización Mundial de la Salud, el *envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. [...] Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y*

⁸ EUROSTAT. *Population structure and ageing. Statistics Explained*. Data extracted in June 2016. <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statisticsexplained>>

*mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Es por ello por lo que el término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.*⁹

Desde el bioderecho tenemos que replantearnos el modo en que dar respuesta a la demanda social de un colectivo cada vez más significativo. Es necesario que la normativa conjugue un mayor número de variables, si lo que se pretende es tratar, con criterios de justicia y en un marco de dignidad, la atención integral que es debida al paciente mayor. La norma de bioderecho ha de partir de una profunda reflexión ética. No es posible determinar cómo ofrecer una atención integral si no analizamos los indicadores de dignidad que intervienen en la situación del paciente mayor. Una visión aséptica, desprovista de contenido inmaterial y objetivada en la satisfacción de necesidades más biológicas que ontológicas, no permite establecer el marco conceptual sobre el que proponer normas de contenido integral para una etapa de la vida marcada por la necesidad de reforzar el valor de la dignidad del ser humano. Dignidad que, tal y como indica PIERRON, para el paciente es, simultáneamente, su horizonte y su punto ciego, ya que se invoca más como algo dotado de incuestionable carácter sagrado, que como un principio llamado a establecer los límites de lo que es inaceptable¹⁰. Pero no sólo es precisa una reflexión ética, también es imprescindible una fundamentación objetivada desde el conocimiento científico. Sólo la adecuada valoración de la salud del paciente mayor es la que permite adoptar los criterios de atención debidos; teniendo en cuenta que el concepto de salud va más allá de lo estrictamente biológico y se traduce en un estado de bienestar físico y social que permite la adaptación al medio sociocultural en un estado fisiológico de equilibrio biológico y social. Todo ello nos conduce al tercer pilar que sustenta a la norma de bioderecho: la adecuación jurídica de la exigencia ética y de la realidad socio sanitaria mediante el desarrollo de una norma acorde a la necesidad de la persona, personas o colectivo en cumplimiento de su condición de entidad humana poseedora de valor social, transcendencia y dignidad. Sólo así es posible actuar jurídicamente en el orden social con criterios de justicia.¹¹

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Envejecimiento activo: Un marco político”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, núm 37, Suplemento 2.II, 2002, p. 79.

¹⁰ PIERRON, JEAN-PHILIPPE, *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Presses Universitaires de France, París 2010, p.101. *Si la dignité conduit de l'être social à l'humanité irremplaçable en tout homme, l'honorer reconduit au souci ordinaire de l'autrui vulnérable*, p. 108.

¹¹ El bioderecho se fundamenta en una ética capaz de incorporar una gran diversidad de corrientes de pensamiento; una ética aplicada de carácter civil, sustentada en la racionalidad humana secularizada y capaz de ser compartida por todos en un terreno filosófico neutro. Atiende al estado actual de la ciencia, valorando el alcance de los resultados que ésta aporta y diferenciando con prudencia jurídica y certeza moral (que no absoluta) aquellos resultados que poseen un alto índice de veracidad de aquellos otros en los que la cuestión es debatida. Realiza los análisis jurídicos con carácter interdisciplinar; sin el concurso de las reflexiones de la ética aplicada de carácter civil y de las ciencias de la vida en general, el Bioderecho no

Los criterios de atención al paciente mayor, por tanto, han de redefinirse y situarse más allá de la práctica del cuidado clínico o de aquél que gira en exclusiva en torno a la salud orgánica. Primero profundizando en la ética del cuidado, que ya ofrece otras muchas vertientes al respecto; después incorporando el componente ambiental de carácter social, familiar, emocional, ontológico y espiritual; y, finalmente, cambiando el sistema de atención existente para reorientarlo al otro de contenido integral. Integridad que ha de venir referida a la totalidad de los factores que inciden en la vida cotidiana del paciente mayor (confort, infraestructuras, cuidados, sociabilidad, comunicación, autonomía, familiaridad, emotividad...). Experiencia y tránsito, en definitiva, hacia una realidad progresivamente más cercana en los albores del final de la vida; final que todo ser humano quiere vivir en dignidad.

4. ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE MAYOR

Las reflexiones anteriores ponen de relieve que urge concretar y describir lo que hemos de entender por atención integral al paciente mayor. No es, evidentemente, el objetivo de estas breves líneas formular un análisis exhaustivo de esta cuestión. Por ello, nos limitamos a enumerar y conceptualizar brevemente las líneas maestras que debieran orientar la construcción de un sistema jurídico y socio sanitario coherente con los principios establecidos.

La atención integral al paciente mayor exige:

- Un cambio en la forma en que, tradicionalmente, se ha configurado el hecho de atender o asistir a las personas: ahora necesitamos de una atención capaz de acoger factores multifuncionales; no puede estar referida sólo a cuidados sanitarios en un entorno de enfermedad. La integralidad se reviste de elementos sociales, psicológicos, familiares, espirituales, ambientales..., de elementos pertenecientes a la realidad vivencial de la persona en su entorno habitual.
- Se hace imprescindible un cambio en la concepción estructural de los centros destinados a prestar servicio a los pacientes mayores. No es posible seguir los parámetros utilizados para la configuración de los centros hospitalarios de carácter clínico (pensados para curar la enfermedad) cuando lo que se ha de promover ahora es la creación

puede llegar a fijar criterios en los que se atienda a la justicia. Y se sustenta en los Derechos Humanos; este es su origen y fundamento último, ya que en ellos se condensan los ámbitos de reconocimiento y protección que permiten fortalecer la dignidad del ser humano. El Bioderecho es una ciencia que tiene, como eje argumental de todas sus reflexiones, la sensibilidad hacia el ser humano. Es una ciencia que, desde la objetividad de sus planteamientos y resultados, mira a quienes son sus destinatarios; y en ellos los que se trasluce es dignidad, realización personal, derecho a vivir (y a morir) en conciencia y a ser respetados socialmente en su autonomía en cuanto este respeto se formula con reciprocidad.

de centros socio sanitarios, destinados a responder a las necesidades de personas mayores cuya situación deriva, precisamente, del mero hecho de la edad o del carácter cronicado de su estado.¹²

- Se ha de reforzar la intimidad de estos centros de perfil socio sanitario destinados a acoger a las personas mayores. No son tanto enfermos como personas en los que curar no es prioritario; por ello, la intimidad no debe ser violada, como no lo es cuando se es independiente y se vive en el domicilio propio. Se trata de dar un entorno de vida digna y adaptado a las necesidades de este colectivo en una fase determinada de la vida.
- Es preciso combinar atención en centros socio sanitarios con atención domiciliaria. Establecer criterios para que la persona mayor reciba una u otra atención. Hacer más eficaces las conexiones entre los servicios sociales y de salud y los servicios de asistencia domiciliaria, voluntariado y sector privado. Ello exige el refuerzo de la atención domiciliaria como una de las prioridades de futuro. Sería conveniente desarrollar servicios que ayuden a que los mayores se mantengan independientes; servicios de cuidados intermedios que permitan evitar una hospitalización innecesaria. Se trata de favorecer que las personas vulnerables, en la medida de lo posible, vivan independientes en su domicilio.
- Ha de primar la relación humana; es decir el carácter personalista de la atención prestada. El objetivo es arbitrar un espacio que favorezca la percepción de lo humano en las personas de cierta edad.
- Ha de favorecerse la interacción social, entendiendo por ésta la posibilidad de desarrollar todas las actividades que normalmente lleva a cabo la persona en su vida cotidiana. Modalizarla mediante sistemas de apoyo que permita a las personas mayores seguir ejerciendo una actividad social normalizada.

¹² Es necesario que el ambiente del Centro y el del personal asignado favorezca la atención de calidad. Los diferentes departamentos del Centro *deben facilitar la privacidad y contribuir a evitar la dependencia. [...] Es necesario que se proporcione el suficiente abastecimiento de ropa de cama, prendas de vestir y ropa personal. Ayuda para comer, vestirse y bañarse, se debe proporcionar de manera que garanticen que la dignidad de las personas siempre se mantiene, y las diferencias culturales son respetadas. Se deben suministrar ayudas a la movilidad para que los pacientes se mantengan lo más independiente que sea posible. [...] Deben existir habitaciones para que los pacientes mantengan su privacidad y puedan discutir libremente. Deben tener habitaciones individuales para los más vulnerables. Todos deben tener áreas de rehabilitación. Para los pacientes con demencia se deben tener en cuenta las necesidades de estas personas y tener los departamentos adaptados. [...] También deben evitar el excesivo ruido, inadecuada iluminación, actividades no familiares, tranquilidad [...].* PÉREZ-JARA CARRERA, JAVIER, "Cuestiones éticas en los pacientes mayores hospitalizados. Experiencia en el Reino Unido". *Cuadernos de Bioética* XXII, 2011/3ª, pp. 527-528.

- Es preciso reorientar la relación médico-paciente; convertirla en un entorno de diálogo habitual más allá de lo que se refiere al estado de salud y la prescripción médica. Ello exige, además, un refuerzo del proceso de información al paciente. Se trata de una edad en la que el hecho de saber es importante. Información que debe adecuarse a la realidad por la que pasa la persona mayor.
- Se ha de poner especial atención en el refuerzo de la profesión de enfermería, trabajo social y fisioterapia. Se trata de profesionales que se sitúan, ahora, en el primer plano de la asistencia a la persona mayor. El estamento médico ejerce su función de forma más atenuada, referida al control de síntomas y estabilidad de las condiciones de salud. Por ello, se ha de ser especialmente cuidadoso en el tratamiento, para que éste se realice a niveles adecuados, poniendo en primer término los cuidados.
- Paralelamente, ha de reforzarse el apoyo psicológico. Se trata de una etapa de la vida en la que, generalmente, se suceden los estados de ánimo y se es propenso a ciertos grados de depresión. Así mismo han de potenciarse los programas de actividad física; programas de fisioterapia y de ejercicios adaptados.
- Especialmente se ha de favorecer el mantenimiento del entorno familiar. Hacer de las condiciones de vida de la persona mayor un espacio de encuentro y desarrollo de las relaciones de familia. Evitar situaciones de ruptura y favorecer el incremento de la afectividad propia de los lazos familiares. Se ha de incidir, en paralelo, en la prestación del apoyo necesario (jurídico-social y administrativo) que permita al paciente mayor liberarse de las preocupaciones de índole social que pueden afectar a su entorno próximo.
- En todo momento se ha de respetar y favorecer el cumplimiento de las necesidades espirituales y/o religiosas de la persona mayor. La realidad trascendente se hace presente con mayor intensidad en esta etapa de la vida y tiende a situarse en un primer plano.
- Es preciso prestar el debido apoyo de carácter jurídico al paciente mayor. Y ello tanto en relación con aquellas figuras jurídicas que le permiten ejercer con efectividad su voluntad autónoma, como con aquellas otras que le ayudan a “ordenar” su entorno con vistas a una muerte más o menos próxima (preocupación tras la muerte respecto de la situación familiar resultante). Se deben poner a disposición de la persona mayor *las distintas “herramientas” que el derecho arbitra y pone a disposición de las personas vulnerables con la finalidad de*

*empoderarlos tanto en el conocimiento de sus derechos como en el ejercicio de los mismos*¹³.

- En todo momento se ha de promover la autonomía de la persona mayor y valorar las situaciones de dependencia. Hay que prestar especial atención a la capacidad y a que ésta no se vea limitada jurídicamente por motivaciones de operatividad práctica. Han de arbitrase medios que permitan compatibilizar la capacidad actual individualizada con el desarrollo de decisiones autónomas.
- Por último y con carácter general, es imprescindible reconstruir y, en su caso, recrear los instrumentos jurídicos que deben ponerse en funcionamiento para que se permita formular con eficacia la atención integral al paciente mayor. Se trata de actuaciones a nivel político y jurídico que se adecuen y den respuesta a las necesidades propias de las personas mayores como una cuestión de dignidad.

5. BIBLIOGRAFÍA CITADA

ABELLÁN GARCÍA, ANTONIO; PUJOL RODRÍGUEZ, ROGELIO, "Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos". *Informes Envejecimiento en red*, nº 14, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Madrid 2016.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HOSPITAL MORALES MESEGUER, *Atención al paciente al final de la vida, aspectos éticos y clínicos*. Ed. Morales Meseguer, Hospital General Universitario. Murcia 2008. Dep. legal MU 2083-2009.

GUTIÉRREZ ROBLEDO, LUIS MIGUEL, *Derechos Humanos de las personas de la tercera edad. México ante los desafíos del envejecimiento*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, DF, 2013.

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LETICIA TERESA, "Notas sobre la autonomía de la voluntad de las personas vulnerables en el ámbito socio-sanitario. Revista *Bioderecho.es*, Núm. 3, 2016 (ISSN 2386-6594).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. INEBASE. Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

¹³ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LETICIA TERESA, "Notas sobre la autonomía de la voluntad de las personas vulnerables en el ámbito socio-sanitario. Revista *Bioderecho.es*, Núm. 3, 2016, p.16. Existen diferentes instrumentos legales que permiten hacer realidad el ejercicio de los derechos, pp. 5-9.

PÉREZ-JARA CARRERA, JAVIER, “Cuestiones éticas en los pacientes mayores hospitalizados. Experiencia en el Reino Unido”. *Cuadernos de Bioética* XXII, 2011/3ª.

PIERRON, JEAN-PHILIPPE, *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Presses Universitaires de France, París 2010.

SALCEDO HERNÁNDEZ, JOSÉ RAMÓN, “La ciencia del Bioderecho”. Revista *Bioderecho.es*, Núm. 1, 2014 (ISSN 2386-6594).