

"Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Respuestas, retos y dilemas"

Presenta: Iñaki Artaza Artabe

Sociedad Vasca de Geriatría y Gerontología. Zahartzaroa. Bilbao.

Ponentes: Enrique Arriola Mantxola

Matia Fundazioa. Donostia / San Sebastián.

M^a Teresa Sancho Castiello

Matia Instituto Gerontológico. Donostia / San Sebastián.



QUIEN DECIDE?

- * PATERNALISTA: YO DECIDO CÓMO, CUÁNDO Y EL QUÉ QUE PARA ESO SÉ QUÉ ES LO MEJOR PARA TI. PUES ES A MÍ AL QUE COMPETE DISTRIBUIR LOS RECURSOS FINITOS DE UNA FORMA JUSTA.
- * QUE DECIDA LA PERSONA (SI ES COMPETENTE) SIEMPRE QUE SU DECISION SEA PRUDENTE Y ESTA NO AFECTE GRAVEMENTE A LA SOCIEDAD??.



DECIDIMOS JUNTOS



“Cuando creíamos tener todas las respuestas, cambiaron todas las preguntas”

Mario Benedetti



Problema de misión o de visión?

- Es posible con la gran cantidad de medios a nivel sanitario hacer una mala medicina??
- Cuanto más mejor?
- La cantidad o la tecnología aseguran la calidad??
- Quién decide? Quién decide en situaciones de incertidumbre? El médico?, el usuario?, entre los dos? La sociedad tiene algo que decir?



UNA EXCEPCIONALIDAD AMBIENTAL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

El perfil de usuario en la actualidad es: mujer, viuda, mayor de 84 años y con deterioro cognitivo y funcional avanzado con estadiajes superiores al estadio 6 de la escala de FAST y una esperanza de vida entre 0 y 3 años.

**EVOLUCION: 1995(26%), 2000(42%), 2006 (56%)
2007(60%),2011(70%).**



ATENCION SANITARIA CENTRADA EN LA PERSONA

- 1.- CONCEPTO DE SALUD. LOS FINES DE LA MEDICINA. LAS RECOMENDACIONES DEL HASTING CENTER**
- 2.- LA PROFESIONALIDAD**
- 3.- TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA**
- 4.- RETOS Y DILEMAS: RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR..**
- 5.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**



DEFINICIÓN DE LA SALUD



REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA -
Vigésima segunda edición

- OMS 1947:
“Completo estado de bienestar físico, mental y social”

La definición convierte a la salud en un valor utópico y no suele ser posible materializar la utopía..



con “salud”

Nos referimos a la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente, se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales.



Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo, 2002

DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar Emocional	1. Satisfacción: estar satisfecho, feliz y contento. 2. Autoconcepto: estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso. 3. Ausencia de estrés: disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede. 13. Salud: tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad.
5. Bienestar Físico	14. Actividades de la vida diaria: estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc. 15. Atención sanitaria: disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios. 16. Ocio: estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.
6. Autodeterminación	17. Autonomía/Control Personal: tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable. 18. Metas y valores personales: disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones. 19. Elecciones: disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo, dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos.



FINES TRADICIONALES DE LA MEDICINA

- 1.- SALVAR Y PROLONGAR LA VIDA.
- 2.- PROMOCIÓN Y LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD.
- 3.- EL ALIVIO DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO.



FINES DE LA MEDICINA

- Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella.
- Tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable. La salud no tiene precio pero sí coste.



LOS FINES DE LA MEDICINA

El establecimiento de unas
prioridades nuevas

UN PROYECTO INTERNACIONAL DEL HASTINGS CENTER

- 1.- Prevención de la enfermedad y las lesiones, promoción y mantenimiento de la salud.**
- 2.- Alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad.**
- 3.- La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.**
- 4.- La evitación de la muerte prematura y velar por una muerte en paz.**



Los fines de la Medicina. El Establecimiento de unas nuevas Prioridades. Proyecto
Internacional del Hasting Center. Ed Fundación Grifols. Barcelona 2.004.

En el futuro la medicina debería aspirar a

- Ser honorable y dirigir su propia vida profesional (pero receptiva con la sociedad).
 - Ser moderada y prudente (entendiendo la finitud de los seres humanos).
 - Ser asequible y económicamente sostenible (adaptándose a las diferentes realidades económicas).
 - *Ser socialmente sensible y pluralista (en relación con diferentes culturas y en su interpretación de la salud y la enfermedad).*
 - Ser justa y equitativa.
- Respetar las opciones y la dignidad de las personas.*



ATENCION SANITARIA CENTRADA EN LA PERSONA

- 1.- CONCEPTO DE SALUD. LOS FINES DE LA MEDICINA. LAS RECOMENDACIONES DEL HASTING CENTER
- 2.- LA PROFESIONALIDAD
- 3.- TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA
- 4.- RETOS Y DILEMAS: RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR..
- 5.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Conflicts of Interest at Medical Journals: The Influence of Industry-Supported Randomised Trials on Journal Impact Factors and Revenue – Cohort Study

Andreas Lundh^{1,2*}, Marija Barbateskovic¹, Asbjørn Hróbjartsson¹, Peter C. Gøtzsche^{1,2}¹The Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark, ²Institute of Medicine and Surgery, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Abstract

Background: Transparency in reporting of conflict of interest is an increasingly important aspect of publication in medical journals. Publication of large industry-supported trials may generate many citations and journal income through reprint sales and thereby be a source of conflict of interest for journals. We investigated industry-supported trials' influence on journal impact factors and revenue.

Methods and Findings: We sampled six major medical journals (*Annals of Internal Medicine*, *Archives of Internal Medicine*, *BMJ*, *JAMA*, *The Lancet*, and *New England Journal of Medicine* [NEJM]). For each journal, we identified randomised trials published in 1996–1997 and 2005–2006 using PubMed, and categorized the type of financial support. Using Web of Science, we investigated citations of industry-supported trials and the influence on journal impact factors over a ten-year period. We contacted journal editors and tax information on income from different sources. The proportion of trials with sole industry support varied between journals, from 7% in *BMJ* to 32% in *NEJM* in 2005–2006. Industry-supported trials were more frequently cited than trials with other types of support, and omitting them from the impact factor calculation decreased journal impact factors. The decrease varied considerably between journals, with 1% for *BMJ* to 15% for *NEJM* in 2007. For the two journals disclosing data, income from the sales of reprints contributed to 3% and 41% of the total income for *BMJ* and *The Lancet* in 2005–2006.

Conclusions: Publication of industry-supported trials was associated with an increase in journal impact factors. Sales of reprints may provide a substantial income. We suggest that journals disclose financial information in the same way that they require them from their authors, so that readers can assess the potential effect of different types of papers on journals' revenue and impact.

VOLUME 25 • NUMBER 24 • AUGUST 20 2007

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

EDITORIAL

The Sound and the Fury: Financial Conflicts of Interest in Oncology

Benjamin Djulbegovic, *H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute and the Department of Interdisciplinary Oncology, University of South Florida, Tampa, FL*
 Cara Angelotta and Kjersti E. Knox, *Division of Hematology/Oncology, Department of Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL*
 Charles L. Bennett, *Division of Hematology/Oncology, Department of Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine; Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center; Jesse Brown Veterans Affairs Medical Center; and Veterans Affairs Center for Management of Complex Chronic Care, Chicago, IL*

SPECIAL COMMUNICATION

Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest A Policy Proposal for Academic Medical Centers

Troyen A. Brennan, MD, MPH
 David J. Rothman, PhD
 Linda Blank
 David Blumenthal, MD, MPP
 Susan C. Chimonas, PhD
 Jordan J. Cohen, MD
 Janlori Goldman, JD

Conflicts of interest between physicians' commitment to patient care and the desire of pharmaceutical companies and their representatives to sell their products pose challenges to the principles of medical professionalism. These conflicts occur when physicians have motives or are in situations for which reasonable observers could conclude that the moral requirements of the physician's roles are or will be compromised. Although physician groups, the manufacturers, and the federal government have instituted self-regulation



Am J Health-Syst Pharm—Vol 62 Feb 15, 2005

Disclosing conflicts of interest involving clinicians who prepare therapeutic guidelines

Q Recently, our health system's chief cardiologist developed a mandatory protocol for the medical residents. The protocol highlights a high-cost medication that the cardiologist is paid to lecture about and for which he has received significant grant money. He did not offer to disclose these circumstances in the protocol, nor did he recuse himself from the deliberations that led to it. Our health system lacks established guidelines on such disclosures. Do ethical standards exist for situations like this one? Should our pharmacy and therapeutics

ian Medical Association (AMA) states that all candidates for election or appointment to medical staff offices, department or committee chairs, or the medical executive committee should disclose in writing to the medical staff—prior to the date of election or appointment—any personal, professional, or financial affiliations they may have with the pharmaceutical industry. AMA also encourages hospital medical staff members to incorporate a "disclosure of interest" provision in their medical staff bylaws that is based on this policy.² Thus, if a member of the medical



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective
FEBRUARY 25, 2010

Serving Two Masters — Conflicts of Interest in Academic Medicine

Bernard Lo, M.D.





CHARTER ON MEDICAL PROFESSIONALISM

Charter on medical professionalism

Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter

THE LANCET • Vol 359 • February 9, 2002 • www.thelancet.com

Medical Professionalism Project*



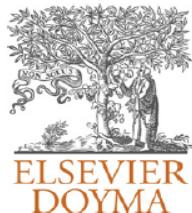
Las diez responsabilidades de la profesión (de la profesionalidad)

1. Compromiso con la competencia profesional
2. Compromiso de honestidad con los pacientes
3. Compromiso con la confidencialidad del paciente
4. Compromiso con el establecimiento de relaciones adecuadas con los pacientes
5. Compromiso con una atención sanitaria de mayor calidad
6. Compromiso con la mejora del acceso a la asistencia sanitaria
7. Compromiso con la distribución de los recursos finitos
8. Compromiso con el saber científico
9. Compromiso con el mantenimiento de una confianza sólida gracias a la solución de los conflictos de interés
10. Compromiso con las responsabilidades profesionales.



ATENCION SANITARIA CENTRADA EN LA PERSONA

- 1.- CONCEPTO DE SALUD. LOS FINES DE LA MEDICINA. LAS RECOMENDACIONES DEL HASTING CENTER
- 2.- LA PROFESIONALIDAD
- 3.- TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA**
- 4.- RETOS Y DILEMAS: RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR..
- 5.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD



ORIGINAL

Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia

Roger Ruiz Moral^{a,*}, Lucía Peralta Munguia^b, Luis Ángel Pérula de Torres^c, Jorge Olloqui Mundet^d, Teresa Carrión de la Fuente^e, Ana Sobrino López^b, Mercedes Losilla Domínguez^b, Mariana Martínez Lechuga^f

Aten Primaria. 2012;44(7):379-386



ORIGINAL

Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales

Laura Jiménez-De Gracia^a, Roger Ruiz-Moral^b, Enrique Gavilán-Moral^{c,*}, Cesar Hueso-Montoro^d, Dolores Cano-Caballero Gálvez^e y M. Antonia Alba-Díos^f



COMENTARIO EDITORIAL

La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura

Making joint decisions in medicine: a difficult task

Josep M. Bosch Fontcuberta

Grupo/ Programa Comunicación y Salud de semFYC, EAP Encants, ICS, Barcelona, España

Gac Sanit. 2012;26(S):158–161

Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012

Ainhoa Ruiz-Azarola^{a,*} y Lilibeth Perestelo-Pérez^{b,c}

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, Tenerife, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2011

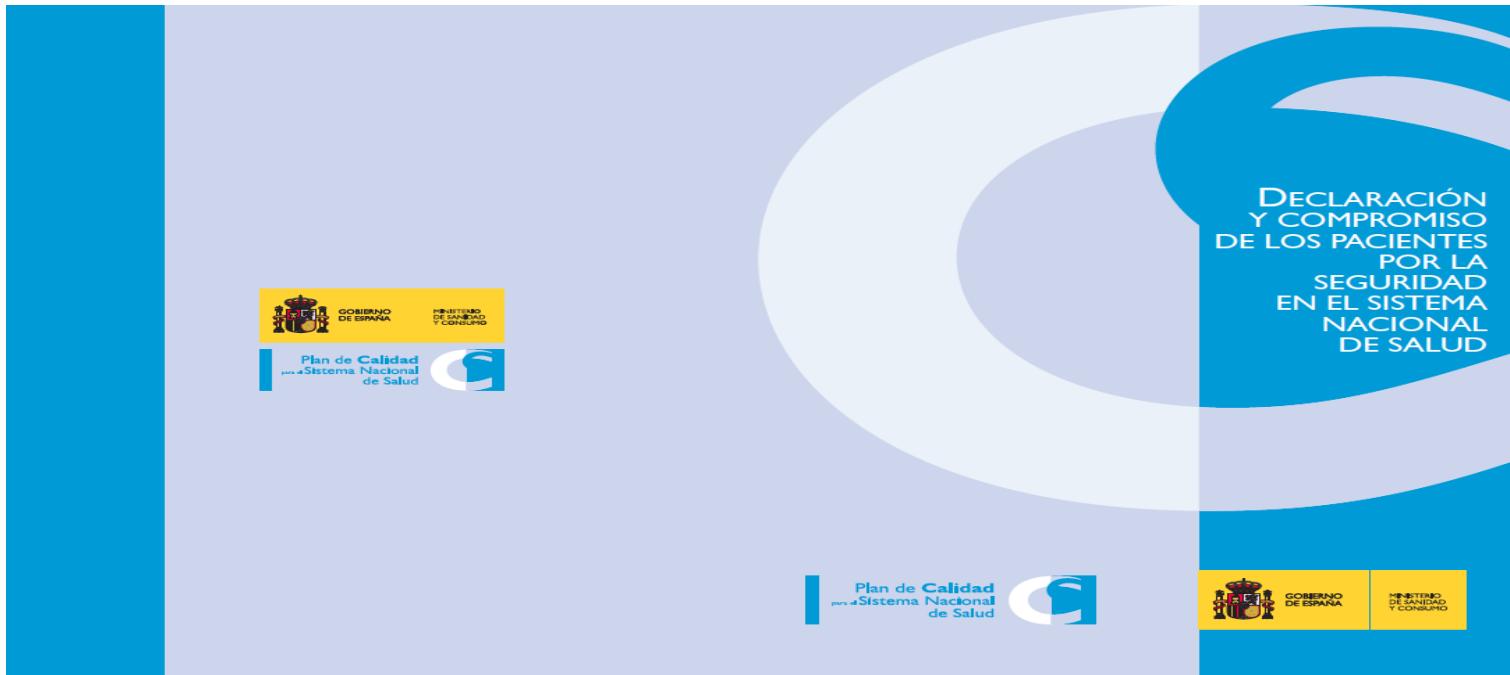
R E S U M E N

Durante las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud

150 Million reasons to act

**EPF's Patients' Manifesto
for the European Parliament
and Commission 2009**





Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes

Una voz para los pacientes a escala mundial

Declaración de BCN(2003)

- INFORMACIÓN DE CALIDAD CONTRASTADA RESPETANDO LA PLURALIDAD DE LAS FUENTES
- DECISIONES CENTRADAS EN EL PACIENTE
- RESPETO A LOS VALORES Y A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE INFORMADO
- RELACION MEDICO-PACIENTE BASADA EN EL RESPETO Y LA CONFIANZA MUTUA
- FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PARA PROFESIONALES
- PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES EN LA ASISTENCIA SANITARIA
- DEMOCRATIZACION FORMAL DE LAS DECISIONES SANITARIAS
- RECONOCIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES DE PACIENTES COMO AGENTES DE LA POLÍTICA SANITARIA
- MEJORA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE SUS DERECHOS BÁSICOS
- GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS PACIENTES



La Ley 41/2002 de autonomía del paciente destaca «...el derecho del paciente a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles», a la vez que señala «...la obligación del profesional a cumplir sus deberes de información respetando las decisiones de los pacientes adoptadas libre y voluntariamente por estos».

AVANZANDO HACIA LAS DECISIONES COMPARTIDAS

- 1.- Modelo paternalista: el profesional sanitario decide por el paciente y lo deja fuera del proceso de la toma de decisión.
- 2.- Decisión informada: el profesional sanitario informa sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir. El sanitario es un mero transmisor de información
- 3- Toma de decisiones compartida: las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente (shared mind).



Shared Decision Making

Shared Decision Making State of the Science

Grace A. Lin, MD, MAS; Angela Fagerlin, PhD

(Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2014;7:328-334.)
© 2014 American Heart Association, Inc.

BMJ

BMJ 2012;344:e256 doi: 10.1136/bmj.e256 (Published 27 January 2012)

Page 1 of 6

ANALYSIS

Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare

A M Stiggelbout *professor of medical decision making*¹, T Van der Weijden *professor of implementation of evidence*², M P T De Wit *patient representative*³, D Frosch *associate investigator*⁴, F Légaré *Canada research chair in implementation of shared decision making in primary care*⁵, V M Montori *director of healthcare delivery research programme*⁶, L Trevena *associate professor*⁷, G Elwyn *professor of primary care*⁸



LA DECISIÓN COMPARTIDA INCLUYE TRES ELEMENTOS ESENCIALES:

- intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario
- deliberación sobre las distintas opciones, y
- llegar a una decisión consensuada.



Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)

Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JHC



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2014, Issue 1

<http://www.thecochranelibrary.com>



¿Son efectivas?

Existe evidencia de alta calidad de que las ayudas a la decisión, en comparación con la atención habitual:

mejoran el conocimiento del paciente acerca de las opciones
reducen su conflicto a la hora de tomar una decisión
estimulan a las personas a tomar un papel más activo en la TD
contribuye a una percepción del riesgo más exacta.
mejoran la congruencia entre la opción elegida y los valores del paciente



Research

BMJ

Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process

Glyn Elwyn, Annette O'Connor, Dawn Stacey, Robert Volk, Adrian Edwards, Angela Coulter, Richard Thomson, Alexandra Barratt, Michael Barry, Steven Bernstein, Phyllis Butow, Aileen Clarke, Vikki Entwistle, Deb Feldman-Stewart, Margaret Holmes-Rovner, Hilary Llewellyn-Thomas, Nora Moumjid, Al Mulley, Cornelia Ruland, Karen Sepucha, Alan Sykes, Tim Whelan, on behalf of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration



International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration

[Home](#)

[What's New](#)

[What are Patient Decision Aids?](#)

[Who's Involved?](#)

[Resources](#)

[Contact Us](#)

The **International Patient Decision Aid Standards (IPDAS)** Collaboration is a group of researchers, practitioners and stakeholders from around the world that was established in 2003. The IPDAS Collaboration is lead by professors Glyn Elwyn in the United Kingdom and Dawn Stacey in Canada.

What is the purpose?

To enhance the quality and effectiveness of patient decision aids by establishing a shared evidence-informed framework with a set of criteria for improving their content, development,



PROCEDIMIENTO PARA LA TDC

1. Desarrollar una relación de confianza con el paciente, ofreciendo empatía y calidez. Es importante que exista una comunicación fluida y facilitar el discurso del paciente.
2. Explorar y determinar las preferencias del paciente sobre la información que desea recibir (formato, cantidad...).
3. Explorar y determinar las preferencias del paciente acerca de su papel en la TD (como el riesgo que quieren asumir o el nivel de participación tanto suya como de amigos o familiares). Algunos pacientes temen ser asertivos y que esto ponga en peligro la relación médico-paciente derivando en un cuidado de menor calidad. Por ello, los clínicos deberían invitar a los pacientes a participar, identificar qué es lo que los pacientes necesitan para tomar las decisiones, apoyarles apropiadamente y ayudarles a tomar las decisiones cuando los pacientes prefieren delegar en ellos.
4. Comprobar y responder a las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes (como por ejemplo sobre las opciones de manejo de la enfermedad) atendiendo a las «pistas» que estos proporcionan.
5. Identificar las opciones (incluyendo las ideas y la información que el paciente pueda tener) y valorar la evidencia en el contexto del paciente individual; sin olvidar que no hacer nada también es una opción.
6. Presentar la evidencia y ayudar al paciente a reflexionar y a evaluar el impacto de las alternativas en relación con sus valores y preferencias.
7. Tomar o negociar la decisión en conjunto con el paciente y resolver posibles conflictos.
8. Acordar un plan de acción y preparar el seguimiento.



ATENCION SANITARIA CENTRADA EN LA PERSONA

- 1.- CONCEPTO DE SALUD. LOS FINES DE LA MEDICINA. LAS RECOMENDACIONES DEL HASTING CENTER
- 2.- LA PROFESIONALIDAD
- 3.- TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA
- 4.- RETOS Y DILEMAS: RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR..**
- 5.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD



Los retos y dilemas

- LOS EQUIPOS TIENEN LA FORMACIÓN SUFICIENTE??
- A PESAR DE LA FORMACIÓN TIENEN LA CAPACIDAD SUFICIENTE DE DECISIÓN EN BASE AL MODELO? CÓMO SE MIDE Y CUALES SERÁN LOS INDICADORES?
- LA LEY



ATENCION SANITARIA CENTRADA EN LA PERSONA

- 1.- CONCEPTO DE SALUD. LOS FINES DE LA MEDICINA. LAS RECOMENDACIONES DEL HASTING CENTER
- 2.- LA PROFESIONALIDAD
- 3.- TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA
- 4.- RETOS Y DILEMAS: RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR..
- 5.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

ATENCIÓN SANITARIA CENTRADA EN LA PERSONA

- 1.- CONCEPTO DE SALUD
 - 2.- FINES DE LA MEDICINA
 - 3.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
 - * PROFESIONAL
 - * PERSONALIZADA, CONTINUADA, PREVENTIVA Y FAVORECEDORA DE LA AUTOGESTIÓN DEL PACIENTE
 - * RESPETUOSA CON LA AUTONOMIA DEL PACIENTE (DERECHOS) (OJO CON LA MEDICINA DEL DESEO)
 - * PARTICIPATIVA: CONSENTIMIENTO INFORMADO (VACUNAS, GRADO DE CONTROL ENF CRÓNICAS....) + VOLUNTADES ANTICIPADAS (CONTENCIIONES, ALIMENTACIÓN ENTERAL....): COMUNICACIÓN +++++



- * LA VALORACIÓN INDIVIDUAL RECOGE TANTO LOS DÉFICITS COMO LAS CAPACIDADES PRESERVADAS (ENTRE ELLAS LA COMPETENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES), LAS PREFERENCIAS, LA AUTOBIOGRAFÍA, LOS VALORES Y LOS DESEOS DE LA PERSONA
- * ORIENTADA/CENTRADA A LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS/NECESIDADES Y NO EXCLUSIVAMENTE EN LA SUPERVIVENCIA.

4.- RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

- * RESPETUOSA
- * CONSTRUCTIVA, PARTICIPATIVA Y ABIERTA A COMPARTIR CONOCIMIENTOS Y VISIONES.
- * PUNTO CONFLICTIVO: ANTE LOS CONFLICTOS: TOMAR LAS DECISIONES MÁS PRUDENTES: ES LEGAL...SUS DECISIONES PUEDEN TENER CONSECUENCIAS PENALES:

White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care

Palliative Medicine
2014, Vol. 28(3) 197–209
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313493685
pmj.sagepub.com


Jenny T van der Steen¹, Lukas Radbruch², Cees MPM Hertogh¹,
Marike E de Boer¹, Julian C Hughes³, Philip Larkin⁴,
Anneke L Francke^{1,5}, Saskia Jünger⁶, Dianne Gove⁷, Pam Firth⁸,
Raymond TCM Koopmans⁹ and Ladislav Volicer¹⁰ on behalf of the
European Association for Palliative Care (EAPC)

**Table 2.** Experts' ratings of domains as important to palliative care in dementia and rating of priorities for research.

Domain	Importance rating, ^a mean (SD)	Rank number importance	Priority for research rank, ^b mean (SD)	Rank number priority for research	Correlation rank numbers: Spearman coefficient ^d (p-value)
	Round 2 (n = 64) and, if applicable, round 3 (n = 59)		Round 3, n = 55 ^c		
Overall rating for the importance of the set of recommendations	8.9 (1.2)	N/A	N/A	N/A	-
1. Applicability of palliative care	8.3 (1.9), round 2 8.4 (1.9), round 3	10	5.3 (3.8)	4	+0.03 (0.83)
2. Person-centred care, communication and shared decision-making	9.3 (1.1)	2	7.6 (2.6)	1	-0.15 (0.26)
3. Setting care goals and advance planning	8.8 (1.4)	9	6.3 (2.9)	3	-0.006 (0.97)
4. Continuity of care	8.9 (1.4)	8	5.0 (2.8)	7	-0.11 (0.42)
5. Prognostication and timely recognition of dying	7.3 (2.2), round 2 8.0 (1.5), ^e round 3	11	3.9 (3.2)	8	+0.44 (0.001)
6. Avoiding overly aggressive, burdensome or futile treatment	9.1 (1.6)	5	5.2 (3.0)	5	+0.29 (0.03)
7. Optimal treatment of symptoms and providing comfort	9.4 (1.1)	1	6.7 (2.4)	2	+0.21 (0.13)
8. Psychosocial and spiritual support	8.9 (1.3)	7	3.8 (2.2)	10	+0.17 (0.21)
9. Family care and involvement	9.2 (1.1)	3	5.1 (2.3)	6	+0.15 (0.27)
10. Education of the health-care team	9.0 (1.3)	6	3.9 (2.6)	9	-0.005 (0.97)
11. Societal and ethical issues	9.2 (1.2)	4	2.2 (3.1)	11	-0.10 (0.48)



Uma ■ Grupo Matia

Camino de los Pinos, 35 ■ 20018 Donostia - San Sebastián
Tel.: 943 31 71 00 ■ Fax: 943 21 55 33 ■ www.matiaf.net



4.- RELACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

- * RESPETUOSA
- * CONSTRUCTIVA, PARTICIPATIVA Y ABIERTA A COMPARTIR CONOCIMIENTOS Y VISIONES.
- * PUNTO CONFLICTIVO: SUS DECISIONES PUEDEN TENER CONSECUENCIAS PENALES:



LOS FINES ERRONEOS

INACEPTABLES:

- CAUSAR DOLOR
- PROVOCAR MIEDO PARA CONTROLAR
- PARTICIPACIÓN EN LA PENA DE MUERTE
- INVESTIGACION EN HUMANOS SIN CONSENTIMIENTO
- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO (en debate)



LOS FINES ERRONEOS

ACEPTABLES:

- CIRUGIA ESTETICA
- MEDICINA FORENSE
- TECNICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
- CONOCIMIENTO PSIQUIATRICO PARA CONOCER RESPONSABILIDAD PENAL.
- TECNICAS DE ADN Y FLUIDOS CORPORALES PARA IDENTIFICACIÓN
- DROGAS PARA MEJORAR RENDIMIENTOS



Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 02/11/2009. Copia para uso personal; se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Med Clin (Barc). 2009;133(17):671-675



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Artículo especial

Tecnología, demanda social y "medicina del deseo"

Technology, social requirement, and "wish-fulfilling medicine"

José Luis González Quirós^a y José Luis Puerta ^{b,*}

^a Doctor en Filosofía, Profesor Titular de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

^b Médico y Doctor en Filosofía, Director de Dendra Médica, Revista de Humanidades. CS. "Los Manantiales", U. Docente, Gunduliz, España



«Nos han pedido tener un hijo de una raza distinta a la de los padres»

- ¿Cuánto cuestan estos tratamientos?

- Hace 18 años eran muy caros. En 1994 una fertilización in vitro veía a costar 3.000 euros. 18 años después no creo que se haya incrementado tanto. Las técnicas con componente genético, que requieren mucha tecnología y profesionales, si

son más caras. Si garantizásemos el resultado final, sería más barato que un coche. Pero aquí no sabes el resultado.

- ¿Dónde están los límites ante tanto avance?

- Los pone el sentido común y la ética. Llevamos 18 años haciendo la donación de ovocitos y tuvimos una

mujer que dio a luz con 58 años. Ahora no lo hago, aunque legalmente es posible. Tengo en cuenta quién será de esos bebés. La ciencia avanza, no lo puedes parar. Y la sociedad tiene derecho a gestionar esos avances.

- Habrá que poner sentido común y raciocinio para evitar, por ejem-

3.- ATENCIÓN SANITARIA: OBJETIVO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD



AUTONOMIA: DERECHO A LA INFORMACIÓN COMO ASPECTO PREVIO A LA COMPETENCIA

La legislación de todos los países desarrollados otorga al enfermo el derecho a conocer la información relevante respecto a su enfermedad. En nuestro medio se halla recogida en la ley de Autonomía del paciente 41/2.002. La ley exige que el contenido de la información asegure como mínimo Art4.1 la *finalidad y naturaleza de la intervención, sus riesgos y beneficios*. El Art. V exige: 1º *el titular es el enfermo y sólo la familia con autorización del paciente*, y 2º *que el médico debe informar al paciente en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión* y el V.3: *cuando el paciente, según el criterio del médico, carezca de capacidad para entender la información se pondrá en conocimiento de sus familiares*.



- 1.- La relación médico enfermo (RME) se hace más compleja. El Consentimiento Informado(CI)
- 2.- El esquema de *hacer el bien* se ha desfigurado hasta perder sentido.
- 3.- El mercado y la demanda del público.
- 4.- La “medicalización” de la vida.



LA EVOLUCION DEL INFORME BELMONT

desde la investigación hasta la biomedicina

Beauchamp y Childress: *Principles of Biomedical Ethics* - 1979

- * AUTONOMIA**
- * BENEFICENCIA**
- * JUSTICIA**
- * NO MALEFICENCIA**

Diego Gracia

- 1.- LA NO MALEFICENCIA**
- 2.- LA JUSTICIA**
- 3.- LA BENEFICENCIA**
- 4.- LA AUTONOMÍA**



INSTRUMENTO DE AYUDA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD" (IAEC)

- a) Capacidad de comprender el problema médico
 - ¿Qué problema tiene en este momento?
 - ¿Porqué está Vd. En el hospital?
- b) Capacidad para comprender el tratamiento propuesto
 - ¿Sabe qué podemos hacer para ayudarle?
 - ¿Cuál es el tratamiento para su problema?
- c) Capacidad de comprender las diversas opciones terapéuticas
 - ¿Hay otros tratamientos?
 - ¿Qué otras opciones tiene usted?
- d) Capacidad de comprender la opción de rehusar o abandonar un tratamiento?
 - ¿Puede Vd. Rehusar el tratamiento?
 - ¿Podríamos dejar el tratamiento?
- e) Capacidad de apreciar las consecuencias razonablemente predecibles de aceptar el tratamiento
 - ¿Qué podría pasarle si acepta el tratamiento?
 - ¿Cómo podría ayudarle?
 - ¿Puede ocasionarle problemas o efectos secundarios?
- f) Capacidad de apreciar las consecuencias razonablemente predecibles de rehusar el tratamiento
 - ¿Qué podría pasarle si *no* acepta el tratamiento?
 - ¿Podría Vd. Enfermar más o incluso morir?
- g) Capacidad de tomar una decisión que no esté sustancialmente basada en las alteraciones cognoscitivas propias de los cuadros psicóticos o afectivos.
 - ¿Porqué ha tomado Vd. Esa decisión?
 - ¿Cree que queremos hacerle daño?
 - ¿Piensa que Vd. Es una mala persona?
 - ¿Cree que debe ser castigada?
 - ¿Se merece un tratamiento correcto?