

Bioética geriátrica

M^a Victoria Roqué
Javier Pérez Guerrero

Centro de Estudios
de Bioética
Universidad
Internacional
de Cataluña

Correspondencia:
M^a Victoria Roqué Sánchez
Facultat Ciències
de la Salut
Centre d'Estudis
de Bioètica
Gomera, s/n
08190 San Cugat del Vallés
(Barcelona)
E-mail:
vroque@csc.unica.edu

Resumen

El avance de las ciencias biomédicas y la tecnología han retrasado la muerte biológica natural o han modificado la evolución natural de la enfermedad. El incremento de la esperanza de vida, sobretudo en los países desarrollados, no se ve siempre como un logro sino como una carga social y en ocasiones es experimentada de modo negativo por la propia persona y el entorno familiar. Mejorar la condición de vida de las personas mayores plantea nuevas cuestiones referentes a factores económicos, sociales o sanitarios que tienen como base la reflexión ética y antropológica. La asistencia geriátrica además de utilizar las técnicas más avanzadas deberá tener en cuenta la dignidad de la persona. Así, en la aplicación de terapias cuando no sea posible curar habrá que priorizar la medicina de cuidados y de rehabilitación.

Palabras clave: Bioética. Dignidad. Criterios éticos. Respeto.

Summary

The advance of the biomedical sciences and the technology have retarded the natural biological death or they have modified the natural evolution of the illness. The increment of the hope of life, overalls in the developed countries, don't always leave as an achievement but like a social load and in occasions it is experienced in a negative way by the own person and the family environment. To improve the condition of the grown-ups' life outlines new relating questions to economic, social factors or sanitariums that have like base the ethical and anthropological reflection. The geriatric attendance besides using the most advanced techniques will keep in mind the person's dignity. This way, in the application of therapies when it is not possible to cure it will be necessary to prioritize the medicine of cares and of rehabilitation.

Key words: Bioethics. Dignity. Ethical approaches. Respect.

Introducción

El proceso de envejecimiento de la población es una situación nueva provocada por los descubrimientos

científicos y tecnológicos. El incremento de la esperanza de vida da lugar a nuevos parámetros sociales, políticos y económicos que plantean nuevas cuestiones y generan iniciativas que tienen como base la reflexión ética y antropológica

Mantener la juventud, contrarrestar o frenar la vejez es el sueño acariciado por la mayoría de las personas de una sociedad que sin embargo envejece en su conjunto. De este, la prolongación de la vida no siempre se ve como un logro sino como una carga social: la vejez llega a ser experimentada de modo negativo por la propia persona, su familia y el entorno social. Algunos investigadores hablan de "revolución gris" o del fenómeno "papy boom"¹.

Interés mundial sobre el envejecimiento

Las Naciones Unidas abordó por primera vez el tema de la "Tercera Edad" en 1948 cuando en la Asamblea General celebrada en Argentina se presentó un proyecto de declaración sobre los derechos de la ancianidad. Se vuelve a retomar en 1969 y culmina en 1982 con la celebración en Viena de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En octubre de 1992 la Asamblea General de las Naciones Unidas designa como Año Internacional de la Personas mayores el año 1999 (AIPM). Los Principios de la Naciones Unidas en favor de las personas de edad son:

- Independencia
- Participación
- Contar con los Cuidados necesarios
- Autorrealización
- Dignidad

El programa presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Año Internacional de Perso-

nas Mayores (1999) llevaba por título Envejecimiento : trascender los mitos, se mantiene en la línea de los principios y objetivos que estableció en la Asamblea General de las Naciones Unidas. El documento se expone dentro del marco social y sanitario, sin embargo en algunos aspectos su discurso va más allá, apunta a niveles de mayor calado humano. Algunos de los temas que toca el programa de la OMS se encuentran en la base de la gerontología y sirven como puntos de referencia para la bioética geriátrica; como por ejemplo, el de acabar con el mito de que las personas mayores no tienen nada que aportar a la sociedad. Desde entonces se están organizando distintos programas y planes de acción dirigidos a estas personas.

Potencial de las personas mayores: pérdidas y ganancias

Vivir en un mundo envejecido obliga a los científicos, sociólogos, filósofos, políticos, médicos, familias a descubrir en las personas mayores los recursos, la fuerza que poseen y aportan a la sociedad.

Si desde el punto de vista biológico la vejez es una involución, un deterioro general, en la esfera de lo personal es – debería ser- la etapa de la sabiduría, en países de África y de Asia se describe a las personas mayores como aquellas que “guardan los conocimientos”. Ciertamente se pierde agilidad física y mental, capacidad de aprendizaje, de percepción, y el razonamiento se hace más lento, pero se gana en profundidad (se suele tener una conciencia más clara de las cosas que merecen la pena, el saber distinguir entre lo importante y lo que no es, y se hace más evidente que la vida es algo más que ella misma). Es importante reconocer que en la vejez no sólo hay pérdidas sino también ganancias. Como sostiene el documento mencionado “las personas mayores pueden ser de gran valor para las familias y la comunidad”.

El envejecimiento no es una enfermedad sino que, en muchas ocasiones es la oportunidad de emplear la experiencia adquirida en el transcurso de la vida. En este tramo de la vida que resta todavía por vivir surgen unos valores, se desarrollan unas actitudes, que sólo se pueden realizar en esta etapa. Por otra parte, los avances tecnológicos han reducido las capacidades físicas que antes se exigían para determinados trabajos y permiten que muchas personas sigan su vida activa. Las personas mayores suelen mantener la salud hasta una edad avanzada y son capaces de seguir con tareas cotidianas y mantener

un papel activo en la comunidad. Las observaciones más recientes en países industrializados indican que las incapacidades graves en las personas muy mayores remiten a un ritmo de 1,5 % al año. Según estudios del Fondo de la Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP)² y los datos aportados en la 5ª Conferencia Mundial sobre Envejecimiento organizada por la International Federation on Aging (IFA), septiembre del 2000, se calcula que el número de personas mayores gravemente discapacitadas descenderá a la mitad entre el año 2001 y el 2050 si las tendencias actuales se mantienen³.

Hay quienes piensan que la sociedad no dispondrá de los medios necesarios para prestar las ayudas económicas y la asistencia sanitaria que requerirán las personas mayores en los próximos años. El debate mundial desgraciadamente está enfocado sobre el coste de las pensiones y de la asistencia sanitaria que recae sobre la sociedad y no sobre el mantenimiento y la importancia de la aportación económica de los ciudadanos mayores. Así circula uno de los tópicos de que los ancianos en general son económicamente dependientes y por tanto suponen una carga para la sociedad⁴.

Un error frecuente en la civilización occidental es la confusión entre vida productiva y vida activa, que conduce a valorar a las personas sólo por lo que producen. El hombre se desdibuja, cuando se le reduce al ámbito del hacer y del tener: el homo fabricans sustituye al homo sapiens y, lo que aún es peor, el homo dolens queda subordinado al homo faber.

Desde esta concepción utilitarista quedaría justificada la postergación de personas mayores de la vida activa de la sociedad, de la cultura y de la familia, vulnerándose de este modo sus derechos, así como los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad⁵; sería un nuevo modo de elitismo.

Aspectos éticos claves en geriatría

La medicina está al servicio de la persona que sufre. Las técnicas, los instrumentos, los ajustes en los sistemas defectuosos, la estabilización de los fluidos, etc. no pueden hacernos olvidar que tienen como fin la persona: curar, ajustar, sustituir, son vías a través de las cuales se buscan soluciones o se quitan obstáculos para una mayor y plena realización de la persona enferma.

En la persona mayor existe una mayor complejidad en la aplicación de las terapias, se corre el peligro

de caer en dos extremos no siempre fáciles de determinar: pasarse en el tratamiento (ensañamiento terapéutico) o no poner todos los medios (eutanasia mas o menos consciente) sobretodo por la no aplicación, debida a recortes presupuestarios, en tratamientos que tiene relación con procedimientos de diagnostico o terapéuticos de alta tecnología.

Al decidir los tratamientos terapéuticos, deben tenerse en cuenta los siguientes criterios⁶:

1. En ausencia de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo a los medios que se disponen en la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no exentos de riesgo.
2. Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados decepcionan la esperanza puesta en ellos. Pero para tomar tal decisión deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares también de los médicos verdaderamente competentes.
3. Es siempre lícito conformarse con los medios normales que la medicina ofrece. No se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de curas, que aún cuando estén ya en uso, todavía no están exentas de peligro o sean demasiado gravosas.
4. Ante la inminencia de una muerte inevitable no obstante los medios utilizados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que prolongan la vida de modo precario y penoso pero sin interrumpir las curas normales debidos a los enfermos en casos semejantes.

Problemas éticos que se presentan con mas frecuencia en medicina geriátrica⁷

El factor edad como indicador terapéutico

Algunos autores argumentan a favor de usar como criterio la edad para decidir la proporcionalidad de un tratamiento puesto que consideran la edad como índice del beneficio médico de una intervención. Discrepan sin embargo a la hora de considerar la edad avanzada como índice positivo o negativo de tal beneficio. Así para algunos el anciano ya ha recibido y se ha beneficiado durante su vida, de muchos recursos y ahora tiene menos derecho a que se invierta en él. Mientras que otros opinan que el anciano exi-

ge mayores apoyos y cuidados en cuanto que es merecedor de un respeto social particular.

Otros autores niegan en cambio que el factor edad tenga importancia por sí mismo y por tanto que pueda convertirse en criterio para la distribución de recursos en política sanitaria:

Nuestra opinión es que la edad por sí misma, no es en general, un factor determinante que pueda adoptarse para la decisión médica. La edad cronológica es mas bien una medida indirecta de otras variables que son un factor importante para ciertas decisiones terapéuticas. Por tanto es necesario distinguir entre edad cronológica y capacidad real de adaptación en el aspecto fisiológico. Los efectos de una enfermedad y las variaciones biológicas individuales son tales que un paciente anciano puede tener un pronóstico mejor que un paciente más joven con la misma patología.

Reanimación cardiopulmonar

En el ámbito clínico no hay en la literatura médica una opinión única acerca de la utilidad de la reanimación en la persona anciana. Existen distintos estudios, investigaciones, documentos, directrices que varían según los países. Desde el punto de vista ético la norma fundamental es intentar la reanimación teniendo en cuenta las condiciones clínicas del paciente prescindiendo de su edad.

Es fundamental proteger la dignidad de la persona contra el tecnicismo que tiene el riesgo de ser abusivo, el derecho a morir no significa derecho a buscar o procurar la muerte cuando se desee sino el derecho a morir con serenidad..

Soporte nutricional

La nutrición e hidratación artificial no sólo es un tratamiento médico es el soporte vital; por lo tanto es un medio proporcionado tanto en los resultados como en los recursos, que no debe ser suspendido.

Uso de los fármacos

Los medicamentos no deben ser administrados con la finalidad de hacer dispensable la presencia y cuidados de familiares o personal sanitario, dicho de otro modo como "medicación de confort". Deben darse los analgésicos y sedantes que necesite el anciano y no el que necesite la familia o personal sanitario para descansar de la carga que puede suponer la atención continua del paciente.

Rehabilitación

Es uno de los aspectos más importantes de los cuidados de los ancianos para ayudarlos a vivir con la mayor autonomía posible. La OMS define la rehabilitación como "toda intervención que se dirige a reducir los efectos de una incapacidad y las circunstancias que han determinado una limitación y también toda intervención que se dirige a la integración social del paciente". La rehabilitación debe llevarse a cabo mediante programas interdisciplinarios con especialistas en fisioterapia, terapia del lenguaje, enfermería, psicología clínica, geriatra, etc. Un equipo que debe tener en cuenta para intervenir la globalidad de la persona en todos sus dimensiones.

La asistencia geriátrica se basa en los siguiente principios⁸

El principio de autonomía y de la dignidad de la persona

El anciano debe tener la libertad de elegir siempre que tenga la capacidad para ello.

El principio de beneficencia

Actuar por el bien del anciano, respondiendo tanto a sus necesidades físicas como a las exigencias sociales, emocionales y espirituales.

Principio de no maleficencia

Defender a la persona anciana de abusos, negligencias y malos tratos que aparecen cada vez con mayor frecuencia en entornos familiares y residencias geriátricas.

Principio de verdad

A los ancianos con capacidad de tomar decisiones y a los familiares se les debe dar información verdadera, progresiva, sin contradicciones, accesible y en el momento idóneo, que les permita adoptar los criterios y medidas terapéuticas sobre la base de un consentimiento explícito.

Principio de discreción

El personal sanitario debe respetar el secreto de las confidencias hechas por los ancianos. No obstante

pueden presentarse algunas dudas cuando existe riesgo para la vida.

Principio de justicia

Los principios de igualdad e imparcialidad significan en realidad promover una equitativa repartición de las cargas y de los beneficios entre todos los miembros de la sociedad. La sociedad y al personal sanitario deben garantizar todos los medios para que los ancianos puedan tener acceso a los cuidados necesarios.

Principio de subsidiariedad

La sociedad no debe suplantar la libre iniciativa de la persona o grupos pero sí garantizar su funcionamiento. Ha de ayudar más donde más grave es la necesidad. El anciano no debe ser tratado como un simple destinatario de una serie de servicios y prestaciones.

Un último punto que nosotros añadimos es el del Principio de relación interpersonal. La necesidad de comunicación, de diálogo efectivo y afectivo de la persona mayor con personas de todas las edades.

Conclusiones

Equilibrio adecuado entre "curar" y "cuidar". La formación profesional sanitaria como toda acción gerontológica-geriátrica, debe tener en cuenta las técnicas más avanzadas pero también la singularidad y valor único de cada persona mayor.

Cuando no es posible curar, entonces habrá que optar y priorizar la medicina de cuidados y de rehabilitación.

La calidad de vida en el anciano, no es solo un concepto físico y económico sino que debe tener en cuenta a un proyecto de vida global.

Es preciso luchar contra el dolor y el sufrimiento y evitar tanto una muerte prematura como una agonía excesiva.

Bibliografía

1. La salud mental y el envejecimiento, Revista del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de la Población, POPULI, diciembre 1998/enero 1999.
2. Revista de Psicogerontología. Argentina, 2000. (www.psiconet.com/tiempo).

3. Viguera V. Prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca del envejecimiento. *Temas de Psicogerontología*. (www.logicnet.com.mx/doctores/VEJEZ)
4. Principios de la Naciones Unidas, diciembre 1991, resolución 46/91.
5. Antico L e Sgreccia E eds/. *Ancianità creativa*. Milano, Vita e pensiero, 1989.
6. Petrini M, Caretta F, Antico L, Bernabei R. *Ética e Geriatria*, Roma: CEPSAG. Università Católica del Sacro Cuore, 1993.
7. Garitson Sh. Ethical decision making patterns, *H Pshichosoc Nurs* 1988;26(4):23-29.
8. Barbero J, Problemas éticos en la atención al anciano enfermo. *Rev Labor hospitalaria* 1997;243(1):53-64.