

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"EMILIO DAUDINOT BUENO"
GUANTÁNAMO**

**ASPECTOS BIOÉTICO Y ÉTICO-MÉDICO DE LA RELACIÓN
MÉDICO-ADULTO MAYOR**

Dra. Elsa Sánchez Ramírez¹, Dr. Ernesto Sánchez Ramírez², Lic. Yamilé Sánchez Ramírez³, Lic. Maryulis Mustelier Aira.⁴

1 Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I en Medicina General. Instructor

2 Especialista de I en Medicina General. Instructor

3 Licenciada en Enfermería.

4 Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería Instructor.

RESUMEN

Se exponen algunas reflexiones importantes a tener en cuenta por parte del Equipo Básico de Salud y el resto de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el cuidado y seguimiento en la comunidad de los pacientes ancianos desde el punto de vista bioético y ético-médico. Se realiza una revisión bibliográfica actualizada del tema. Las ciencias médicas, enriquecidas desde hace mucho por las ciencias sociales, han pregonado que los médicos no tratan enfermedades sino que tratan personas que padecen y tienen enfermedades, tal posición declarativa no siempre ha devenido en práctica cotidiana.

Palabras clave: relación médico-paciente, anciano, bioética.

INTRODUCCIÓN

El advenimiento del siglo XXI plantea a la medicina social importantes interrogantes, problemas y misiones. La medicina desde sus orígenes, ha estado sustentada en el principio de servir al hombre en función de salud, es decir, de propiciar su bienestar físico y mental, de curar sus enfermedades, de prolongar su vida.

La aparición de la Bioética, como nuevo paradigma del pensamiento médico, con sus principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, ha conmocionado al mundo de las ciencias médicas. Los principios de la ética hipocrática, basados fundamentalmente en el reconocimiento de la persona humana en todas sus dimensiones, materiales y espirituales, permitían un enfoque holístico del proceso salud-enfermedad, pero a partir del siglo XV, con el Renacimiento, generador de una revolución en el pensamiento humano, este enfoque cambió.

El término ética se deriva del vocablo griego *ethos*, que significa morada o lugar. En la actualidad, la Ética se define como la disciplina filosófica que estudia el comportamiento moral del hombre en sociedad. Los principios que rigen la actuación ética con estos pacientes no difieren de los principios rectores de cualquier otro acto relacionado con la atención médica, ya que toda acción debe estar dirigida al beneficio del ser humano sin provocar daños.

El acto médico trata de una acción interpersonal, que involucra una relación completamente humana y, por lo tanto, es fundamental cultivar una buena relación médico-paciente. La comunicación con empatía es de extraordinaria importancia cuando se trata no solo de curar sino a veces de acompañar. El personal de salud debe garantizar un elevado nivel científico-técnico y cultural en su proyección humanística, en su ejercicio ético, en la relación médico-paciente-familia-comunidad, así como en sus potencialidades para mitigar los sufrimientos implícitos en la pérdida de la salud de sus pacientes.

La ética nos obliga a la atención de la salud de todos los pacientes, sin distinción ni barreras económicas o sociales de ningún tipo. El enfoque bioético en nuestro sistema de salud es más humano y social que jurídico, a diferencia de los sistemas de salud capitalista, en los que prima la deshumanización económica.

Nuestra posición ante los pacientes adultos mayores donde la muerte está cerca no es igual a la de los países capitalistas, nuestro enfoque es lograr una muerte digna a través de cuidados paliativos, en el hogar, rodeado de amigos y familiares, y al cuidado del Equipo Básico de Salud de la Atención Primaria de Salud.

El entrenamiento a la familia en el cuidado de estos pacientes es tarea primordial del médico y enfermera de familia, porque permitirá una atención domiciliaria adecuada al enfermo, sin dejar de brindar todo el apoyo y cuidado que necesita la familia para poder afrontar tan difícil situación. Entre el médico, el paciente y la familia está el núcleo

fundamental de la conducción de estas personas. Sabernos acercar a ellas con amabilidad y esperanza es nuestra principal función.

DESARROLLO

Debemos recordar que la medicina, además de ciencia, es un arte. Debemos ser capaces de mejorar la situación y saber escuchar al paciente. Cuando éste conoce su enfermedad, por parte del médico de familia, se crean las mejores condiciones de interrelación y es más probable poder brindarle esperanzas. Si se pregunta a un paciente sus conocimientos acerca de su afección, el médico de familia abre muchas perspectivas de saber cómo enfrentar la situación y saber con exactitud lo que el paciente desea conocer. Así se logra llevar a la convicción de que la vida tiene significado, aun en los momentos terminales.

El envejecimiento trae una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad ante agresiones patológicas. El anciano presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas, exigiendo una mayor demanda en salud. En la práctica geriátrica, los principios bioéticos se plantean con frecuencia originando discusiones complejas. Por ello, su conocimiento y dominio son fundamentales. La discusión es el instrumento básico para la toma de decisiones y debe realizarse por el equipo interdisciplinario, junto al paciente y/o familia o apoderado. Si se considera que no se trata enfermedades y sí enfermos, encontraremos en el anciano un tipo de paciente muy particular, donde existe conflicto en relación a sus aspectos biopsicosociales. Debemos considerar los valores del paciente y los principios de la ética médica.

Chile es un país que envejece. Sin embargo, la asignación de recursos sanitarios es insuficiente. Incluye una baja capacitación médica en Geriatria y en Bioética. En Cuba, desde el triunfo de la Revolución, la formación médica fue dirigida a la atención de toda la población sin importar el origen social, raza o credo, incluso, el pensamiento político, permitiéndole a la sociedad lograr los sueños de justicia en temas de salud. Así fue como el principio bioético de beneficencia se hizo realidad.

En las últimas cinco décadas el desarrollo de la medicina cubana ha constituido prioridad fundamental del Estado. No se trata solo de sus avances científicos y tecnológicos, sino en la conciencia y estructura de valores, desde los cuales se forman a los profesionales de la salud. De ahí, que el sentido de la responsabilidad social profesional se distinga por un profundo humanismo y una alta capacidad de respuesta frente a las necesidades sociales. Es decir, no se trata solo que se construyera la infraestructura científico-técnica necesaria para el desarrollo de la

sociedad, sino que se forjó un profesional con una actitud nueva que ha continuado cultivándose aún en condiciones materiales difíciles.

Aunque el objetivo de la medicina como premisa fundamental radica en preservar la vida, en múltiples ocasiones es vencida por la naturaleza, quien tiene a su cargo el final de la existencia y, que infelizmente, a pesar de todo tipo de esfuerzo que el hombre realiza en un determinado instante es infalible. Un aspecto fundamental que caracteriza a algunas de las enfermedades del paciente de la tercera edad es su irreversibilidad y empeoramiento progresivo. Las actitudes dirigidas a la prevención de su desarrollo o de las complicaciones secundarias a la propia afección o a otras concomitantes, son fundamentales o extremadamente útiles. Las enfermedades que padece el anciano son de expresión clínica tardía, por lo que muchas de ellas llevan al paciente, entre otros aspectos, a la pérdida de su autoestima, a estados de medicina paliativa y, en última instancia, a enfermedad terminal.

En los últimos años ha tomado auge el trámite del consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía. Cuando nos referimos a autonomía (inherente al paciente), decimos que es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respecto a la atención a su salud. Se expresa en el hecho de respetar los puntos de vista y decisiones de los pacientes ante diversas situaciones que se le puedan presentar durante el proceso de atención médica, como sucede con los procedimientos riesgosos, diagnósticos o terapéuticos, ante la alternativa de vivir o morir, según el sentido y significado que para él tengan. En caso de que el paciente no esté mentalmente capacitado para ese tipo de decisión, como ocurre con frecuencia en la medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o su representante legal.

Cuando hablamos de justicia (inherente a la sociedad), nos referimos al principio que debe servir de guía a la sociedad para valorar éticamente la interrelación y conflictos entre los dos principios anteriores, así como para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico-técnica y humana. Es decir, la atención a la salud de todas las personas debe ser igual, sin distinción ni barreras económicas o sociales de ningún tipo.

La bioética nace además con pretensiones de globalidad, abarca las cuestiones éticas acerca de la vida que surgen en las relaciones entre biología, nutrición, medicina, política, derecho, filosofía, sociología, antropología, teología. Existe un desacuerdo acerca del dominio apropiado para la aplicación de la ética en temas biológicos. Algunos bioéticos tienden a reducir el ámbito de la ética a lo relacionado con los tratamientos médicos o con la innovación tecnológica. Otros, sin

embargo, opinan que la ética debe incluir lo relativo a todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor.

Ética médica y sociedad

El debate sobre la ética médica también puede estimular la evaluación y discusión crítica en lo que concierne a los temas éticos difíciles que enfrentan los pacientes, los médicos y la sociedad. La sociedad ha concedido prerrogativas profesionales al médico con la expectativa de que usará su posición para beneficiar a los pacientes. A cambio, el médico tiene responsabilidad y debe rendir cuentas ante la sociedad por sus acciones profesionales. La sociedad otorga a cada médico los derechos, privilegios y deberes pertinentes a la relación médico-paciente y tiene el derecho de exigir que el médico sea competente, que tenga conocimiento y que ejerza con consideración del paciente como persona. El médico tiene obligaciones ante la sociedad que en muchas formas van en paralelo con sus obligaciones hacia los pacientes individuales. La conducta del médico como profesional y como ciudadano individual debe ameritar el respeto de la comunidad.

El médico debe ayudar a la comunidad a reconocer y lidiar con las causas sociales y medio ambientales de enfermedades. Además, trabajar para garantizar el acceso a la atención médica a todas las personas y ayudar a corregir deficiencias en la disponibilidad, acceso y calidad de servicios médicos en la comunidad.

La bioética y su expresión en la tercera edad

El envejecimiento como fenómeno biológico, histórico y social tiene sus propias particularidades en cuanto a moral se refiere. La actividad del anciano esta dirigida a su autoafirmación, que puede o no corresponderse con lo que el grupo social al que pertenece espera de él y que pueden no estar totalmente esclarecidas pues las normas morales establecidas para una generación pueden no serlo para otra.

Como puntos de análisis para los problemas morales del anciano pudieran considerarse los siguientes dilemas bioéticos en la vida del adulto mayor:

a) La relación anciano-anciano:

En este aspecto se pueden generar conflictos dependientes de la rigidez que caracteriza a esta etapa de la vida así como de la experiencia previa acumulada y el grado de desarrollo intelectual y espiritual que haya alcanzado cada uno en particular, en resumen, en dependencia del grado de autoestima del anciano éste reaccionará ante el medio que lo rodea. Esta cualidad, como veremos más

adelante, va a ser determinante en todas las esferas de la vida. Un ejemplo de este tipo de análisis se encuentra en el concepto de "conducta moral de salud", donde se explora la relación de ancianos entre sí y de éstos con sus familias, que demostró un deterioro de la moralidad evidenciado en la débil sustentación de normas y conductas por parte del anciano y de sus familiares, lo que hace que cualidades como dignidad, respeto, autoestima, autocontrol y normatividad, estén débilmente representadas, siendo, como es obvio, imprescindibles en la lucha por la salud personal.

b) La relación anciano-grupo social:

A través de la historia la relación del anciano con la sociedad ha variado. Esta se ha movido desde la franca veneración, en algunas culturas, hasta la visión de ser no productivo y consumidos. El anciano soporta constantemente la presión de la sociedad sobre sí mismo, en los momentos actuales en que se rinde culto a la velocidad, la tecnología, la eficiencia y la juventud se olvidan con frecuencia la sabiduría y la experiencia. Se establecen así conflictos en cuanto al papel social de individuo de la tercera edad en el mundo actual.

c) La relación anciano-familia:

Los conflictos se generan a partir de las diferencias generacionales, entremezclados con aspectos afectivos que matizan este tipo de relación. Pueden tener un espectro característico muy amplio que puede ir desde la sobreprotección hasta el maltrato.

d) La relación anciano-trabajadores de la salud:

El adulto mayor es un ser con grandes necesidades insatisfechas y trastornos en ocasiones invalidantes que abren las puertas a situaciones legales y éticas. Esto puede llegar a colocar al trabajador de salud en situaciones de conflicto que rara vez pueden ser solucionadas solo con los conocimientos técnicos fundamentalmente si tenemos en cuenta que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia. El médico, movido por los principios de beneficencia-no maleficencia y, casi siempre desde una posición paternalista, rara vez aunque se lo proponga conseguirá alcanzar una relación lógica.

El anciano enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil modificación. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios

recibidos; cuestiones que plantean al médico nuevas interrogantes, al dar origen a depresiones reactivas de difícil manejo.

e) El anciano ante la institucionalización:

La influencia de la realidad socioeconómica en la calidad de vida del anciano, revelan elementos de interés que demuestran la necesidad de intervención multisectorial en estos problemas, que pueden llegar a constituir barreras si no se toman las medidas necesarias para su solución. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios recibidos en el anciano institucionalizado. El discurso bioético, referido a las experiencias comunes del adulto mayor, ha tendido a focalizarse en los temas conflictivos que se originan en la atención de largo plazo, el principal valor que este discurso sustenta es el de autonomía, entendida como autodirección al introducir la cultura, la corporalidad y la subjetividad del anciano; la bioética del cuidado de largo plazo se desplazará hacia un concepto de ética y adulto mayor.

f) El anciano en fase terminal y la "muerte digna"

La aplicación de los principios de la bioética, disciplina que se ha considerado como "conflictiva", y que se desarrolla bajo la premisa de la autonomía del paciente se hace imprescindible ante los dilemas del final de la vida. Los adelantos en la tecnología puestos a disposición de la asistencia médica hacen que se puedan mantener las funciones vitales durante periodos prolongados de tiempo en pacientes con muerte cerebral, estados vegetativos persistentes o enfermedades terminales. El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina distanasia, que permite una muerte con dignidad. Estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, cuartos aislados y aún en su domicilio. Los términos de eutanasia, distanasia y suicidio asistido vienen a conformar dilemas que solo pueden ser resueltos a través de la bioética.

Las instituciones de salud deben perfeccionar la atención al adulto mayor. Se considera la atención diferenciada al anciano, incluyendo el ingreso a las unidades de terapia, con el objetivo de obtener la verdadera geriatrización de las instituciones de salud. La sociedad tiene que prepararse para asumir un adulto mayor diferente en el que aún no hemos descubierto todas sus potencialidades, enfrentar una mayor calidad y una atención más integral en esta etapa de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Consultivo de Bioética de Cataluña: *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. España : Editorial Prous Science; 2006.
2. Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO (2005).
3. Ferrer JJ. *Deber y deliberación: Una invitación a la bioética*. Mayaguez : Centro de Publicaciones Académicas Facultad de Artes y Ciencias UPR-RUM; 2007.
4. Gamba Janota M, Hernández Melendrez E, Bayarre Veá H, Rojo Pérez N. Problemas éticos y psicológicos de la atención a personas viviendo con VIH. *Rev Cubana Salud Pública*[serie en Internet]. 2007[citado: 17 jul 2009]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662007000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Genetet B, Mannon P. Problemas médico-legales. En: *La Transfusión*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.p.682-93.
6. Goldim JR. Revisiting the beginning of bioethics: The contribution of Fritz Jahr (1927). *Perspect Biol Med*, Sum. 2009 : 377-380.
7. González Menéndez R. Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro. *Rev Cubana Salud Pública*[serie en Internet]. 2006[citado: 17 jul 2009]; 32(4). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=
8. Lolas F. Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biol. Res.*, Santiago, 2008[citado: 15 ene 2010]; 41(1), 119-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-97602008000100013&lng=es&nrm=iso
9. Jaki L. *Fundamentos éticos de la bioética*, Ciencia y Cultura, Madrid, 2006.
10. Lora P, Gascón M. *Bioética: Principios, desafíos, debates*, Alianza editorial; 2008.
11. Lorenzo Felipe D, López Domínguez M, Vinardell Lorenzo JM. Pensamiento médico desde una perspectiva estética. *Correo Científico*

- Médico de Holguín[serie en Internet]. 2006[citado: 23 mar 2010];
10(4). Disponible en:
<http://www.cocmed.sld.cu/no104/n104cbrev1.htm>
- 12.Llorens Figueroa JA. Ética y educación en los servicios de salud. Rev
Cubana Salud Pública[serie en Internet]. 2006[citado: 23 mar 2010];
32(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 13.Manero Richard ET, Garrido GM. *Diccionario de bioética para
estudiantes*. España : Editorial Formación Alcalá; 2008.
- 14.Suárez N. Política, ciencia, ética y sociedad: su conjunción dialéctica
en la experiencia del Contingente Henry Reeve. Revista Humanidades
Médicas[serie en Internet]. 2006[citado: 12 dic 2008]; 18(6).
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 15.Mercado RC. Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones
médicas. Acta bioeth[serie en internet]. 2001[citado: 3 mar 2011];
7(1): 129-14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>
- 16.Olwency C. Bioethics in developing countries; ethics of scarcity and
sacrifice. J Med Ethics. 2006; 20:169-74.
- 17.Pardo Sáenz JM. *Bioética práctica al alcance de todos*. Madrid :
Ediciones Rialp; 2004.
- 18.Pernas Gómez M. Consideraciones sobre la formación ética de los
estudiantes de ciencias médicas. Educ Med Super. 2002; 16(2):113-
9.
- 19.Ruesca Domínguez CM, Malpica Alonso E. Reflexión ética en la
práctica de la cirugía mayor ambulatoria. Rev médica electron.
2007; 29(1).
- 20.Sarriá Castro M. Bioética, investigación y salud pública, desde una
perspectiva social. Rev Cubana Salud Pública[serie en Internet].
2007[citado: 22 oct 2009]; 33(1). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php> Consultado Noviembre de 2008
- 21.Sass HM. Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics
J.* 17(4) : 279-295.

22. Sánchez Hernández AJ. Los valores ético morales desde una perspectiva psicológica. Revista Humanidades Médicas[serie en Internet]. 2006[citado: 22 oct 2009]; 18(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. SITS. Código de ética para la donación y transfusión de sangre. Transfusión Internacional 2005; 57:6-8.
24. Silva Rodríguez H. La relación médico-paciente. Rev Cubana Salud Pública[serie en Internet]. 2006[citado: 9 ene 2009]; 32(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.phpISSN 0864-3466](http://scielo.sld.cu/scielo.phpISSN%200864-3466)
25. Tomás Garrido GM. *Cuestiones actuales de bioética*. España : EUNSA. 2006.