

DESAFÍOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES

*Dra. Adriana María Alfano;
Dra. Haydée Andrés;
Dra. Liliana B. Rodríguez Elénico;
Dra. María Aurora Vitelli*

Integrantes de la Sociedad de Ética en Medicina
(A.M.A.)

Trabajo presentado en el IV Congreso Panamericano de Gerontología y Geriatría en Puebla, Méjico- Mayo 2007

RESUMEN

Nuestro objetivo es abordar algunos aspectos éticos de la relación médico-paciente, preservando la autonomía, la calidad de vida y con una mirada al rol institucional en este estadio de vulnerabilidad.

Con respecto a la relación médico-paciente debe priorizarse la comunicación con el anciano y nos centramos en la autonomía como el respeto a la libertad de las personas en la toma de decisiones.

La atención sanitaria de los pacientes ancianos enfrenta a los profesionales a grandes desafíos que abarcan desde la percepción del propio médico geriatra de sus propias limitaciones en la formación clínica, sobre la complejidad de la enfermedad del anciano, hasta aspectos relacionados con la organización asistencial pasando por la dificultad en el proceso de toma de decisiones médicas, información, valoración de incapacidad e incluso la ética de la investigación, como así también en la prescripción de tratamientos específicos para este tipo de patología.

INTRODUCCION DEL TEMA

Se propone el objetivo de ahondar en temas que tratan de trabajar por una sociedad menos discriminatoria, e integradora para todas las etapas de la vida de un ser humano. Para ello, las autores del presente trabajo abordarán un vértice de modo interdisciplinario sobre el tema del anciano y el sistema de salud, a modo de desarrollar un recordatorio sencillo y claro, en lo referente a la relación médico paciente, la autonomía, calidad de vida como dignidad humana y, finalmente, el papel institucional en este estadio de la vida.

Relación médico-paciente anciano

Nos referiremos a algunos aspectos éticos en Geriátrica: en primer lugar a la Relación Médico-Paciente Anciano para luego abordar la toma de decisiones y finalmente describir los retos más importantes referidos a la institucionalización.

La vejez es la etapa de mayor vulnerabilidad en varios aspectos: físico, psicológico y social. De estas tres vulnerabilidades la más importante, la que produce la activación de las otras dos es la social. Es probable que en otros momentos de la vida no sea lo social lo que descompensa a las otras dos. Es aquí en lo social donde están prendidos los prejuicios que producen un fuerte impacto y de estos prejuicios somos responsables y víctimas a la vez.

Los profesionales de la salud que trabajan con adultos mayores también están muy cargados de prejuicios. Los prejuicios son saberes previos al saber real, que impregnan la cabeza y no permite la entrada al conocimiento más verdadero. No se debe pasar por alto muy rápidamente esta afirmación y debemos revisarnos frente a esto

Tendríamos que andar por la vida atentos a los propios prejuicios para poder erradicarlos. Es una injusticia de tal tamaño el prejuicio porque no tiene que ver con la persona que aquí se describe, sino con nosotros mismos: es un monólogo cuyo interlocutor es uno mismo. Por eso debiéramos ser agentes de cambio de los conceptos de vejez en la comunidad, y en especial en la comunidad médica que es la más perjudiciada y peligrosamente prejuiciosa. Porque las acciones médicas que parten de esos prejuicios recaen en los que van a solicitar ayuda idónea.

Aquí es la tarea de los gerontólogos la de ponerse en comunicación con todos los interconsultores para ayudar a esclarecer la realidad de la persona vieja en cuestión. Ante cierta edad del paciente muchas veces se juega la alternativa vida o muerte, y pocas la de mejor calidad de vida. Como si mantener la vida fuera lo suficiente. “¡Total, a esta edad qué se puede querer o pedir que sea mejor!”. Y nos arrogamos estar ocupando el lugar del que decide que vale la pena vivir o no vivir.

Con respecto a la relación médico paciente, ésta debe ser hecha con el interesado y NO con el familiar. Y las explicaciones, lo mismo: dárselas al interesado, no cuchichear ni con palabras, gestos o muecas, ni hacer una alianza con el familiar dejando afuera al viejo. Es sobre él en quien va a recaer todo lo que decidamos. Ser leales con nuestro paciente viejo y considerar todo con él en primer término.

Si consideramos que el paciente no es capaz de comprensión de nuestras palabras, es necesario hablarle de manera que pueda entender. Y si aún así no entiende, igual se le debe explicar. Después pasaremos al familiar. Con esta actitud también mostramos al acompañante como nunca hay que pasar por encima de las posibilidades de comprensión del adulto mayor, cualesquiera que estas sean. Es decir, sin tenerlo en cuenta en las acciones que lo tienen por destinatario.(1)(2)

A veces y sobre todo en este tiempo de crisis, se ve preguntar por medicinas costosas, si vale la pena que sean aplicadas a esta persona ya “tan vieja”. Se ve como una inversión que no da el suficiente rédito... En algunos estados de los Estados Unidos no se aplican antibióticos después de los 75 años por razones de costo. Todo esto es tan poco digno, y es como si nosotros nos convirtiéramos en Dios, dueños del bienestar y la vida de los otros, cuando si apenas podemos con nuestra propia vida. Esas actitudes de sentir que podemos dictaminar sobre lo que vale la pena y no vale en la vida de otros es altamente peligroso.

Más aún, los avances logrados debido al desarrollo tecnológico en la medicina y el aumento de la expectativa y

calidad de vida en los ancianos, obliga continuamente a revisar y ampliar las indicaciones de los tratamientos en estos grupos de edad.(3)(4) Persiste una **discriminación** en el acceso a determinados procedimientos y servicios, basándose en criterios como la **edad cronológica o el gasto** que suponen. Si bien se aprecian algunos cambios al respecto en los últimos años, no ocurre lo mismo con la **discriminación por enfermedad**. El desconocimiento general y de muchos profesionales de la gran variabilidad existente en el grupo de población diagnosticada de demencia hace que se limiten tratamientos (quirúrgicos y rehabilitadores por ejemplo) a pacientes que por ser más vulnerables a la incapacidad funcional pueden beneficiarse incluso más que otros de determinados procedimientos.(5) Es preciso por tanto, que las decisiones se basen no en la edad o diagnóstico de demencia sino en elementos contrastados para el pronóstico como la comorbilidad, la expectativa de vida (sobre todo si es libre de incapacidad), la situación funcional previa, y la situación evolutiva de la enfermedad principal. . La ética del profesional para la correcta indicación de tratamientos se apoya en dos aspectos fundamentales, por un lado en la obligación de adquirir la máxima formación posible en los aspectos clínicos de la enfermedad y en segundo lugar en la valoración integral y detallada de cada paciente para individualizar la toma de decisiones, considerando: la relación riesgo beneficio de cada actuación, el pronóstico, el respeto a lo que el paciente exprese o haya expresado y el intento de que éste continúe en su entorno habitual o en el más beneficioso para él.

Autonomía del Paciente

Casi todas las teorías y sistemas éticos contienen principios para la toma de decisiones.- Dentro de los llamados primeros principios encontramos los de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia.

Centrándonos específicamente al de **autonomía** decimos que es el respeto a la libertad de las personas en la toma de decisiones, prevaleciendo la vida como un bien y un valor fundamental. Entonces decimos que autónomo es aquel individuo que tiene capacidad para autogobernarse a sí mismo y autodeterminar sus propias acciones y decisiones. (6)(7)(8)

Muchos son los problemas éticos que se pueden presentar en cualquier momento de la vida y en especial en la ancianidad. Frecuentemente el conflicto puede atentar contra la dignidad o el respeto como persona, y esto puede verse en distintas situaciones, como por ejemplo cuando se los obliga a permanecer aislados, ante el maltrato o negligencia en el cuidado, por experimentar con ellos nuevos fármacos o incluso por razones utilitarias cuando los servicios asistenciales abusan de su incapacidad mental. (9)

La atención sanitaria de los pacientes ancianos enfrenta a los profesionales a grandes desafíos que abarcan desde la percepción del propio médico geriatra de sus propias limitaciones en la formación clínica, sobre la complejidad de la enfermedad del anciano,

hasta aspectos relacionados con la organización asistencial pasando por la dificultad en el proceso de toma de decisiones médicas, información, valoración de incapacidad e incluso la ética de la investigación, como así también en la prescripción de tratamientos específicos para este tipo de patología.

Generalmente escuchamos que debe ser respetada la voluntad de los pacientes ante directrices anticipadas y testamentos vitales y también frecuentemente nos preguntamos ante decisiones subrogadas. ¿Quién debe tomarlas? y/o ¿Quién controla la moralidad de ellas?

Un anciano puede tener sus funciones biológicas enlentecidas, quizás con problemas de comprensión u orientación, pero estas deficiencias no tienen porque invalidar la toma de decisiones autónomas. (5)

Puede ser que en determinados casos, con un deterioro severo o una incapacidad manifiesta la persona claramente esté imposibilitada a ejercer su derecho de autonomía. Asimismo, ante la pérdida progresiva de la capacidad también puede ser que nos veamos ante conflictos éticos, al no poder determinarse con certeza que decisiones y actuaciones son realmente autónomas.

Se hace una distinción entre la incapacidad física y la jurídica, siendo la primera la que delimita a una persona cuando no puede valerse por sí misma y la segunda como el reconocimiento formal y legal de la dependencia del anciano, para decidir.

Toda decisión se presume a favor de la salud y la capacidad de la persona y la toma de decisiones sobre el paciente sin su consentimiento conduce con frecuencia a decisiones erradas.- Las formas de tratamientos muchas veces reflejan lo que el médico cree que es correcto de acuerdo a sus valores que a veces no concuerdan con los intereses del paciente. Es así que, el profesional interviniente deberá analizar la situación con los miembros de la familia del paciente y si no la tuviera, la decisión deberá recaer en la institución adecuada, a fin de evitar el profesional conflictos éticos legales. Siendo más grave aún cuando esa toma de decisiones puede hacer perder al paciente el significado de persona(10)

La ley que rige el ejercicio profesional de la medicina N° **17132** consagra expresamente en su artículo 19: Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes a: “**Inciso 3:** ...Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación, lesionados graves por causa de accidentes tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”. (11)(12)

Así pues, frente a la negativa de un paciente a someterse a un tratamiento y la razonabilidad de servirse del mismo tratamiento para prolongarle la vida, surgen puntos a resolver y diferentes variantes que nos llevan a un mismo resultado, si se prevaleció la dignidad del paciente, todo ello en concordancia con el obrar ético de los médicos.-

Se produce un claro conflicto entre: **a) Valores, b) Principios y c) Normas**, todos ellos reconocidos en nuestra primera ley que es la Constitución Nacional y los cuales no pueden ser mantenidos en su punto máximo al mismo tiempo, debiendo estar centrados en la dignidad como valor principio y derecho, y siempre asociados a la esfera de la

autonomía personal e integridad de la persona humana, con el respecto de la vida como derecho y valor fundamental .-

Todo lo dicho además resulta congruente con el sistema interamericano de los derechos humanos, en cuanto primacía a **la dignidad de la persona humana**, plasmado en la Asamblea General de las Naciones Unidas donde se adoptaron los principios en favor de las personas de edad por medio de la resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991, que exhortaba a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales.

Estos principios en favor de las personas de edad se refieren a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad a que estas personas tienen derecho.

Ahora bien, para que este respeto y valor pueda prevalecer deberá siempre existir una muy buena vía de comunicación con el paciente, intercambiar ideas con él, intento de resolver la situación, tener en cuenta que si el paciente está bien informado sobre sus opciones de tratamiento y ha hecho una elección que aparentemente está de acuerdo con su propia y personal escala de valores, ciertamente tiene el derecho de rehusarse a recibir determinada terapia.-

Sin aplicar la coerción, se debe trabajar siempre en vías de mejorar la salud, la calidad de vida y la dignidad del paciente.-

El límite de no respetar la autonomía del paciente está muy ligado con los malos tratos a que el paciente puede estar sometido, concretamente se ve ante la falta de cuidados. En este caso, de abstenerse el médico a tomar medidas, estaría incumpliendo el principio de beneficencia, poniendo a la salud del paciente en grave deterioro.- Sobre la cuestión de los malos tratos, el problema mayor es qué hacer ante la negativa de los familiares del paciente o si éste no cuenta con ellos.

Como primera medida se podría con los familiares intentar una negociación con pactos muy concretos de mejora de cuidados, y hacer un seguimiento con plazos más cortos que hasta ese momento. Si ello no diera resultado obligaría al médico en una actuación de beneficencia a derivar el caso a un trabajador social o a una entidad legal que lo proteja, en busca de alguien que asuma el cuidado. (12)(13)(14)

En última instancia, y como cambio de estrategia, habría que solicitar, del trabajador social, tramitación de ingreso en una residencia de larga estadía. Pero, en este último caso, el principio de beneficencia entra en conflicto con la autonomía del paciente, si este se negara.

Es importante que la autoridad competente conozca las situaciones de malos tratos. Sin embargo, determinar el momento adecuado para tramitar una denuncia también es difícil, pues si se hace contra la voluntad de la persona, se transgrede el principio de autonomía de ésta, aunque se vea disminuida por circunstancia en la que vive.-

En definitiva y ante la negativa del paciente o su familiar y nuestra comprobación de lo perjudicial que esta situación sería para el paciente, debería el médico dar el caso a

conocimiento de la autoridad competente, lo cual no significa que se desresponsabilice al médico del seguimiento del paciente, que debería mantenerse mientras persona resida en su área de salud.

Problemas éticos relacionados con la institucionalización

Los profesionales de la geriatría tenemos el compromiso ético de velar por la preservación de los derechos fundamentales de los pacientes. Estos derechos consisten en el respeto a la libertad y en la protección frente al abuso o abandono. Los principios de autonomía y beneficencia son la traducción en el ámbito ético de estos dos derechos (15).

Los problemas éticos más frecuentes relacionados con la Institucionalización en pacientes con o sin demencia se agrupan en torno a dos aspectos:

- La decisión adecuada de institucionalizar y
- La calidad asistencial de las instituciones.

La familia es un grupo insustituible en el cual debe permanecer el anciano el mayor tiempo posible, pues desvincularlo de su medio constituye un factor de alto riesgo social. Mantener al anciano en su entorno familiar es una medida óptima para la promoción de salud y la prevención de enfermedades”. La II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, recomendó enfáticamente, como una cuestión de Derechos Humanos, la implementación de las otras alternativas como Centros de Día, Hospital de Día, Atención Gerontológica domiciliaria, etc..

El ingreso a una residencia provoca en el anciano una “despedida” de todo su pasado que va acompañada generalmente de un sentimiento de humillación. No olvidemos que ha dejado todo atrás desde su barrio hasta la mínima pertenencia para pasar a un lugar extraño con caras extrañas, costumbres distintas y deberá adaptarse en el mejor de los casos con un cuadro de depresión y regresión.

Los reglamentos por otro lado propios de tales instituciones se viven subjetivamente como coerción.

La decisión de institucionalizar a un paciente con deterioro cognitivo debe resultar de un largo proceso en el cual se han agotado todas las alternativas disponibles a través de la promoción de una red asistencial adecuada a las necesidades de éstos pacientes. La falta de cobertura socio sanitaria a nivel ambulatorio conduce a una institucionalización evitable. El desafío ético justamente está en que las políticas socio sanitarias contemplen esta situación.

Quién decide el ingreso a una residencia de larga estada? Sabemos que probablemente el anciano ingresado no saldrá más de ella. A qué lo condenamos a él y a la familia? La trascendencia de esta decisión debe poner en juego todas las piezas de un tablero complejo, costoso en tiempo, en despliegue de sentimientos y emociones tanto para el médico como para la familia y el paciente pero absoluta y éticamente necesario para acercarnos a una correcta decisión en la cual la institucionalización sea la última pieza a jugar. (15) (16) (17)

La toma de decisiones debe ser un proceso en el cual sean ponderados todos los aspectos y valores implicados.: 1) aspectos relacionados

con la enfermedad de base (grado, evolución que ha llevado hasta ahora, complicaciones, etc.; 2) análisis detallado del evento actual (severidad y pronóstico, opciones terapéuticas, adecuación en el control sintomático) y 3) opinión previa del paciente, equipo y familia.

El segundo aspecto a considerar es el buen funcionamiento de los establecimientos y la calidad de las prestaciones. Con frecuencia hemos sido testigos de las deficiencias tanto en el aspecto edilicio (de seguridad: falta de barandas, rampas, agarraderas) como en la falta o deficiencia en las prestaciones: dietas inadecuadas, falta o incorrectos diagnósticos por falta de interconsultas necesarias, ausencia de actividades de multiestimulación tanto física como mental, tratos inadecuados a los residentes por parte del personal y así la lista sigue y sigue. Ni que hablar a la hora de morir del residente: los cuidados al final de la vida son los que no están presentes muchas veces. Aun las instituciones más modernas, con buen equipamiento e idóneo personal, tienen algo de deshumanizantes, ya que la institucionalización se basa en la suposición de que las personas no son capaces de llevar una vida independiente como integrantes de la comunidad, y de esa manera los residentes son animados a volverse pasivos y dependientes.

El desafío para el cambio en relación a las residencias de larga estadía recae sobre todo en los directivos que deben ser responsables de todo lo que sucede en la institución como en el personal profesional y no profesional (sobre todo en las asistentes geriátricas) que requieren una formación permanente y sistematizada en los aspectos básicos de la atención de residentes. Podríamos decir que una institución es apropiada si desde los directivos hasta los asistentes geriátricos pasando por los distintos profesionales se encuentran cualificados para la tarea. Es indispensable:

-Proporcionar alimentación y atención médica especializada

- Formación de los profesionales en el abordaje de las situaciones clínicas previsibles
- Promoción de la participación del paciente y familia en el plan de cuidados, tratamientos y en las decisiones de hospitalización.
- Criterios para la monitorización de las medidas de restricción físicas y farmacológicas empleadas.
- Respetar la dignidad y privacidad de los residentes;
- Promoción de la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria, vigilancia y flexibilidad en las normativas excesivamente impositivas (dietas, horarios);
- Promover la participación de los residentes en actividades programadas y
- Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseo

En el caso de instituciones de larga estadía debe haber un control permanente del Estado en relación al funcionamiento y a la calidad de las prestaciones brindadas priorizando la calidad de vida y el respeto a los derechos del anciano en todos los ámbitos(18)

Bibliografía

1. Andrés, Haydée, “Abordaje de la Persona Vieja desde la Mirada de la Psicogeriatría”. Vertex, Bs. As. 1995, 6 (19) 32-34
2. Lolas Stepke, F. Biética y Antropología Médica. Ed. Mediterráneo 2003, pg 113-120
3. La relación médico-paciente: El consentimiento informado Elena I. Highton Sandra M. Wierzba Ed. 1991
4. U.S. Bureau of the Census, International Programs Center, International Data
5. Jiménez Rojas C. Cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999; 34(S2):46-52 Grupo de Trabajo de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (eds). Cuidados Paliativos en las personas mayores. Barcelona:Glosa Ediciones; 2001. p 17-22
6. Manual de Etica de García Ferez, José – Bioética y Personas Mayores Ed. 2003 y Procedimientos de la Decisión en Etica Clínica páginas 32/37 Diego Gracia. Editorial Eudeba 1991
7. Beauchamp James F. Childress Principios de Etica Biomédica Edit. Masson SA 1999.- páginas 113-179
8. Gracia Diego . Ética Médica. Las responsabilidades de los médicos. Prólogo a la edición española. Beauchamp TL, McCulloch (eds). Barcelona: Ed. Labor, 1987: VII-XII
9. William B. Berkow A, Berkow R. Temas Éticos. In: Lila T. McConnell LJ, Moreno JD.(eds). *El Manual Merck de Geriatria*. Barcelona: Doyma; 1992. p. 4-98
10. Lonergan ET. Ethics. In: Bernard LO.(ed). *Geriatrics: a Lange clinical manual* 15 ed. Londres: Appleton & Lange; 1996. p.38.
11. Ley 17132 del Ejercicio Profesional; OPS/OMS; 1996
12. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 19/10/05 Artículo 3º, Principios Dignidad Humana Derecho Humanos. Artículo 7 Personas Carentes de la capacidad de dar su consentimiento; Artículo 8º Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. Comisión Los Adultos Mayores y sus Derechos. Asamblea de Derechos Humanos 1991
13. Karlawish JH, Quill T, Meier DE. A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. Ann Intern Med 1999;130:835-40.
14. Sass H M La Bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):391-8.
15. Calcedo Barba A. Problemas éticos y legales en los enfermos con demencia. Atención coordinada al paciente con demencia. Madrid. Ediciones Doyma 2000
16. Sepúlveda Moya D, Jiménez Rojas C. Valoración Geriátrica. Toma de decisiones. Cuidados al final de la vida en la práctica geriátrica. Servicio de Geriatria. Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Senda Editorial, 2002
17. Sepúlveda Moya D, Ruiperez I. Aspectos éticos y legales. Consentimiento Informado. Directrices anticipadas. Abuso y maltrato Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. (eds): Manual de Geriatria. Barcelona. Masson 2002

Ley 661 Modif. Ley 1003 Dto. 1076 Reg. Ley 661; Ley 1710 Marco Regulatorio de Establecimientos Residenciales y Servicios de Atención Gerontológico .-

-Dra. Adriana María Alfano Domínguez
-Ortiz de Ocampo 2612 Piso 9° Dpto "A"
-Sociedad de Ética en Medicina- Santa Fé 1117-
48019546- e-mail adrialfano@gmail.com; a alfano@intramed.net.ar

sem@intramed.net.ar

Sede de la A.M.A.:

Avda. Santa Fe 1171 - 1059 Bs. As. Argentina

Secretaria administrativa de la S.E.M.:

(541) 4802-6307