

Dilemas al final de la vida: Atención del anciano

Salvador Francisco Campos Campos

La vejez es un problema ecológico y económico. Por una parte, la proporción de viejos aumenta –que son poco productivos y consumen muchos recursos– y por otro lado, las sociedades envejecen sin hacerse ricas. No quiero dejar de lado el derecho a la salud y a una vida digna que este grupo etario tiene; de hecho, considero que la falta de responsabilidad social hacia este problema lesionaría a los ancianos y terminaría por lesionarnos a nosotros mismos. Bajo este contexto y como dice Alberto Campos en su ensayo *El anciano: nuestra espada de Damocles*: “**El problema de los viejos se podría comportar a manera de un péndulo; del altruismo al egoísmo o de la ética fundamentalista al sentido común.**”

Mediante investigaciones y comunicados de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud es claro que existe una transición demográfica muy importante a nivel mundial. Que la proporción de viejos se encuentra en crecimiento y que la esperanza de vida al nacer ha aumentado, mientras que la tasa total de fertilidad ha disminuido.

Si bien es cierto que algunos países son ricos e industrializados, también es cierto que otros tienen ingresos medios o menores y que sus sociedades también están envejeciendo. La perspectiva de envejecer con poco ingreso representa un doble problema; **primero**, a escala individual será más difícil alcanzar un estrato social alto y **segundo**, en escala general, porque hacer frente a las necesidades de una población vieja representa gastos proporcionalmente mayores para países con ingresos medios y bajos. **El problema no es sólo tener un ingreso, sino proveer las instituciones adecuadas para su distribución, la atención en salud y demás necesidades en la tercera edad.**

El envejecimiento de la población significa un aumento de la demanda en salud, que puede deberse a discapacidad física, a impedimentos cognitivos, a una mayor tasa de mortalidad y a problemas sociales. Esto los coloca en riesgo de vivir en un medio ambiente inseguro y con

elevada mortalidad extrínseca, es decir, la no derivada de patología propia.

El conocimiento de estos hechos nos obliga a la reflexión y así podremos convencernos de que **ayudar y conocer al viejo, atendiendo al movimiento pendular, será a la postre, ayudarnos a nosotros mismos. Debemos generar acciones encaminadas al altruismo y al respeto de los derechos del viejo; si no generamos políticas para los viejos de hoy, tampoco las habremos generado para los viejos de mañana**, es decir, para nosotros.

Citando de nuevo a Alberto Campos: “**El anciano que seremos es la espada de Damocles que no vemos arriba nuestro, ocupados como estamos en mirar horizontalmente las amplias posibilidades del goce egoísta de hoy.**”

Fundamentos bioéticos para la asistencia sociosanitaria a los mayores

Desde la bioética se pueden aportar muchos frentes de actuación para la atención del anciano, pero todos ellos deberán ir apoyados en los pilares del respeto a la dignidad de la persona humana y a la promoción de su calidad de vida. Estos conceptos pueden verse impregnados de múltiples tintes ideológicos, culturales o filosóficos, pero no cabe duda que la “**dignidad**”, el “**valor de la persona**” y la “**calidad de vida**” pueden ser los elementos que **aseguren el reconocimiento y el fomento de la vida humana en su totalidad**. Los principios éticos en los que debe basarse la atención de los ancianos son el **principio de la beneficencia**, el **principio de la no-maleficencia**, el **principio de autonomía** y el **principio de justicia**. Estos cuatro principios han posibilitado el paso de una ética unitaria, plural, racional, abierta al diálogo y válida para personas con diferentes creencias y visiones.

Dilemas éticos en la ancianidad

Los problemas o dilemas éticos se pueden presentar en cualquier momento en que el anciano o sus familiares se encuentren con un conflicto que atente contra la dignidad

Jefatura de Quirófanos, UMAE. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional “La Raza”. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recibido para publicación: 25 julio 2012

Aceptado para publicación: 13 agosto 2012

Correspondencia: Acad. Dr. Salvador Francisco Campos Campos

Av. Riobamba Núm. 776-102, Colonia Lindavista, Delegación Gustavo A. Madero, 07300, Ciudad de México, D.F.

Teléfono: (55) 55-86-61-88

Fax: (55) 57-52-21-24

Celular: 044-55-54-35-14-98

E-mail: drfcampos@prodigy.net.mx y francisco.campos@imss.gob.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicographic.com/cirujanogeneral>

o el respeto a alguien, incluidos ellos mismos (éstos pueden ir desde obligar al anciano a permanecer aislado, a experimentar con él nuevos fármacos, abandonarlo o ser negligentes en su cuidado, a maltratarlo o excluirlos de algunos servicios asistenciales por razones utilitaristas o abusar de su estado de incapacidad mental).

En conocimiento de que es imposible abarcar todo, presentaré una panorámica general de los principales problemas y cuestionamientos que aquejan a las personas ancianas.

Envejecimiento social

La marginación de los ancianos es un hecho real y comprobado: basta enunciar las actitudes etaísticas e incluso gerontofóbicas que se dan hoy en día. Lejos de pensar que la causa es un hecho biológico, la edad, realmente es consecuencia de una organización social y económica basada en la capacidad personal de producir. **Cuando una persona deja de producir se ve condenada a una pérdida de prestigio social. Los individuos no activos pasan a formar parte de las clases pasivas del Estado, lo que supone automáticamente su marginación.** Esta marginación opera en todos los niveles: económico, educativo, cultural y sanitario, sin dejar de lado el fenómeno de la "automarginación" como consecuencia de la soledad y la pérdida de identidad a la que se ve sometido.

Las principales causas de esta marginación son:

- Cambio en las relaciones familiares: dificultad en la convivencia y ruptura de la institución familiar.
- Pérdida del papel hegemónico que mantuvo en otros tiempos.
- Mitificación de la sociedad de consumo, es decir, existe una exaltación mítica de la juventud perpetua.
- Una visión hedonista de la vida mediante la búsqueda de la satisfacción en todo y huir de cualquier tipo de sacrificio.
- Una sistemática negación de los valores tradicionales.

Sin embargo, en donde mejor se percibe la discriminación hacia lo mayores es en **la utilización de los recursos sociosanitarios y en la conciencia de ser un estorbo**. Existe una concepción real pero injusta de que los ancianos suponen una triple carga social: carga económica, sanitaria y familiar. Es un hecho que las nuevas técnicas y procedimientos terapéuticos permiten una mayor supervivencia pero también favorecen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, algunas gravemente incapacitantes, la asistencia sanitaria es cada vez más cara y tiene una mayor demanda.

Los dilemas que se plantean en relación con lo expuesto son:

¿Las prestaciones sanitarias son ilimitadas y universales?, es decir, ¿hay que aplicar todo el arsenal diagnóstico y terapéutico de que disponemos y además, a toda la población?

Los recursos son limitados y sería injusto aplicar irracionalmente todo lo que disponemos para todos (estaríamos en peligro de la quiebra del sistema sanitario),

así como alargar los procesos crónicos con tratamientos médicos inútiles.

Si hay que poner límites **¿Qué criterios hay que seguir a la hora de realizar estas limitaciones?** Es evidente que habrá que poner límites y restricciones para la contención del gasto, pero todos los criterios que se tengan en cuenta deberán venir avalados por dos conceptos claves: *racionalidad y justicia*.

Por otro lado, la sensación de saberse y sentirse un estorbo supone una carga difícil de soportar. No es extraño que la soledad y el abandono sean los compañeros inevitables y frecuentes de esta época y constituyan uno de los temores que más asustan y molestan cuando se piensa en la ancianidad, además del miedo a la pérdida de capacidades mentales y la muerte. No obstante hay que ser realistas, pues hay muchas situaciones en las que hasta la propia familia se muestra impotente para atender correctamente a los ancianos. No es falta de cariño ni de buena voluntad, sino que hay circunstancias y condiciones que impiden o dificultan la atención. Frente a esta concepción debemos comprender que **toda persona anciana es absolutamente valiosa, son únicos, insustituibles y tienen dignidad**. Los ancianos necesitan, entre otras cosas, sentirse queridos, que se les conozca en una forma profunda, que se les cuide con amor y humanismo, **que se les respete como personas libres que toman decisiones por sí mismos y no como si fueran niños grandes y que se les ayude a valorarse a sí mismos y a ser responsables de sus actos**.

Humanización de la práctica asistencial

En nuestro medio tenemos un nivel aceptable de calidad técnica asistencial, sin embargo, es claro que se ha ido perdiendo en el quehacer diario la consideración del enfermo o del anciano como persona. Esta deshumanización probablemente sea reflejo de la sociedad actual en la que vivimos, o del cambio cultural constante que estamos viviendo o de la caída de las referencias absolutas religiosas, filosóficas o políticas.

Como prueba de ello, podemos enunciar algunos fenómenos:

- Se ha ido imponiendo un sentido hedonista, consumista y productivo de la vida que nos ha apartado de realidades como el dolor, la enfermedad y la ancianidad.
- A veces se asumen posiciones directivas en organizaciones sanitarias o centros geriátricos –cuando los hay–, más con un afán económico y político que por ofrecer un mejor servicio al anciano como persona o enfermo.
- Se olvida que la persona enferma o dependiente también tiene su biografía, su historia, sus valores, su ética, su fe, etc. Y nos acercamos a ellos en forma fría e impersonal.
- La tecnificación, la protocolización, la burocracia etc., niegan y despersonalizan la realidad del enfermo, máxime cuando éste se encuentra con dependencia psíquica y física.

Ante este panorama no se proponen dogmas, doctrinas ni moralinas, mucho menos soluciones idealistas, sino concebir la realidad social y sanitaria desde otra perspectiva, desde la visión del hombre como hombre, como persona, como ser humano que experimenta enfermedad y dependencia y recibe de otro ser humano los cuidados de salud y ayuda.

Surge entonces un dilema: ¿acaso sólo el “hacer profesional” se reduce a cumplir funciones técnicas propias, sin más interacción con el enfermo? Por supuesto que no. Es bueno y valioso tener una gran calidad y competencia profesional, pero también es necesario lograr una interrelación interpersonal que no sólo mejorará la autorrealización del cuidador y de la persona cuidada, sino redundará en beneficio de todos. El cultivar este pensamiento incluso será en beneficio de nosotros mismos que en su momento seremos ancianos y, por tanto, los necesitados.

Convivencia e integración: el problema familiar

Los dilemas que se suscitan en este punto son varios. **Primero**, cuestionarse si la responsabilidad de atender a nuestros mayores debe recaer prioritariamente en las propias familias; **segundo**, preguntarnos qué papel desempeña el sistema social y el Estado en la asistencia y cuidado de los ancianos; y **tercero**, qué papel desarrolla la mujer en toda esta problemática, puesto que suele ser ella a quien le toca la mayor carga, toda vez que tradicionalmente ha sido considerada como la cuidadora del anciano.

En los últimos años con los cambios que se han producido en la sociedad y con la incorporación de la mujer al mundo laboral, como consecuencia el cuidado del anciano **ha pasado de ser de una dedicación familiar a un problema social**.

Desde aquí se puede plantear la corresponsabilidad que en esta enfermedad debe tener el Estado y las familias.

En la actual familia, reducida de tamaño, metida en espacios vitales mínimos, el abuelo tradicional empieza a no tener cabida. Estos cambios han hecho que, al igual que los niños recién nacidos sean dejados en guarderías y estancias infantiles, los ancianos a su vez sean depositados en residencias y centros de día para su cuidado y atención. Se necesita, por parte de la familia, una gran sensibilidad para evitar que el anciano caiga en el aislamiento, en la soledad, incluso en el olvido.

En otro tenor, en la convivencia con un anciano dependiente hay que evitar los dos extremos de relación: **el autoritarismo exigente**, es decir, mandar sobre él en todo y el **paternalismo camuflado**: dárselo todo hecho. Se requiere propiciar actitudes como tratar de satisfacer sus gustos y preferencias, contar con ellos (que el anciano no sea como un mueble), no abusar (evitar la manipulación y el maltrato) y vivir con ellos, por ellos y junto a ellos, para que su vida tenga un significado y sentido.

El tema sobre el grado de exigencia moral que debe tener una familia, y más en concreto, el papel de la mujer, requiere de un análisis ético más profundo.

Un dilema importante que en primer lugar cabe plantear es si ¿el derecho de uno a ser cuidado implica la obligación del otro a cuidarle? ¿Quién debe ser el responsable de los deberes hacia la persona anciana? ¿Existe responsabilidad del Estado o de los hijos?

A estos dilemas responderé que existen dos formas que bien pueden ir unidas para comprometerse con el cuidado de los ancianos:

- **Solidaridad intergeneracional:** tenemos que ayudarnos los unos a los otros. Ayudando a los ancianos, nos ayudaremos a nosotros mismos, puesto que apostaremos por un mejor futuro.
- **Gratuidad:** Hay que dar gratis lo que recibimos gratis. Si nos han cuidado de pequeños de manera gratuita, ¿quién se atreve a no hacer lo mismo por ellos? Aquí el deber paternal y el filial están al mismo nivel.

Pérdida de la autonomía y dependencia

Los ancianos podrán tener funciones biológicas y cognitivas enlentecidas y/o mermadas, pero estos déficits no tienen por qué invalidarle totalmente para tomar decisiones autónomas. Pero es lógico que en el proceso de envejecimiento el deterioro orgánico aumente de forma progresiva, sobre todo cuando a este proceso le acompaña alguna enfermedad neurodegenerativa. La cuestión esencial es saber a partir de cuándo la dependencia de las personas ancianas comienza a ser, además de un problema personal y familiar, un problema social. En este contexto ocurren muchos dilemas éticos y debemos considerar que **una cosa es la incapacidad clínica y otra muy diferente la incapacidad jurídica**. La **primera**, delimita que una persona no es autónoma para valerse por sí misma o para decidir; la **segunda**, es el reconocimiento formal y legal de dicha dependencia y, en la mayor parte de las veces, la certificación de la incompetencia de una persona para decidir. La pérdida de las capacidades influirá negativamente en la competencia para decidir y actuar en forma autónoma, es por ello que la autonomía debe ejercerse antes de que aparezca alguna enfermedad incapacitante. Cuando se pierde la capacidad de comprensión, comunicación, razonamiento e incluso cuando se pierde la conciencia, entonces el anciano no podrá actuar en forma autónoma. Por ello, es necesario establecer la importancia de dejar estipulado mediante documentos previos aquello que queremos que se haga con nosotros cuando ya no podamos decidirlo (testamentos o voluntades anticipadas).

La autonomía deberá ser siempre respetada salvo en casos en que sus acciones sean claramente perjudiciales para el interesado o para los demás. **Toda persona anciana, mientras no se demuestre su incapacidad o total dependencia, es una persona autónoma, y como tal, deberá ser tratada.**

Maltrato

Sobre este tema no es fácil encontrar informes o estudios sociológicos, toda vez que bajo las circunstancias en las que normalmente se cometen estas acciones pueden ser

calificadas como maleficientes o dañinas para con estas personas. Las siguientes causas pueden ser el origen de la falta de datos:

- El maltrato a la persona anciana suele ser algo negado por la misma sociedad.
- Es muy difícil que los propios ancianos denuncien malos tratos, máxime si quien los proporciona es a su vez la persona que lo cuida y generalmente es parte de "su gente".
- Los ancianos no encuentran alternativas mejores a su silencio, por lo que evitan denunciar situaciones degradantes o humillantes para ellos.

La definición de maltrato es "**el resultado del daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de la persona anciana, independientemente de si existe intencionalidad o no, sea por acción o por omisión**". El principio de maleficencia es el que principalmente está implicado, pero también los principios de autonomía y justicia.

El maltrato a los ancianos se puede manifestar de diversas formas e incluye daños físicos, psíquicos, violación de derechos o negligencia de cuidado.

La familia y la sociedad tienen el deber moral, la obligación legal de no ser maleficientes con los ancianos. Debe privilegiarse el respeto a la dignidad y rechazo al abuso y al desprecio.

Distribución de los recursos sanitarios

El envejecimiento de la población está sobrecargando los servicios sociales, los servicios de salud y los programas de ayuda. Aunque los recursos sanitarios disponibles en la actualidad han aumentado, en razón de las demandas nunca se incrementan al ritmo que crecen las primeras. Los costes sanitarios y los costes sociales son muy elevados para atender durante un largo periodo de tiempo las necesidades de los ancianos enfermos. **Este incremento de demanda está poniendo en peligro la viabilidad de la seguridad social médica.** Aunque se dice que "la salud no tiene precio", el incremento de los costes nos obliga a utilizar unos criterios justos y equitativos para el reparto de los recursos en materia de salud. Esta contención de gastos representa un problema social y político de gran importancia. Se han propuesto los siguientes criterios para tratar de llevar a cabo una distribución equitativa de los recursos:

- Valoración del coste-beneficio y coste-eficiencia.
- Conocer las preferencias del paciente (directrices anticipadas o testamentos).
- Evitar la futilidad de los tratamientos.
- Procurar la calidad de vida.

En otro orden de ideas, **existen propuestas que pretenden ser dilemas en los que se propugna la exclusión de los ancianos de determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos, fundamentados exclusivamente en la edad cronológica y en el tipo de enfermedad.** Estas posturas deben ser recha-

zadas. Es de sobra conocido que personas ancianas o muy ancianas mantienen una calidad de vida plenamente satisfactoria. Privarles de una intervención quirúrgica, de un tratamiento médico o de cualquier otro procedimiento supondría una grave injusticia.

En general, tanto las autoridades como los profesionales de la salud somos conscientes de que las prestaciones sanitarias no pueden ser ilimitadas. Lograr el óptimo de salud para los ancianos es una tarea compleja, por ello se considera deben existir otros criterios que optimicen racionalmente la utilización eficiente de los recursos disponibles.

Morir con dignidad

Cuando se ha recalcado el trato digno y respetuoso que merece todo paciente por ser una persona humana, la dignidad en los últimos instantes de su vida debe verse igualmente protegida y honrada. Morir con dignidad es importante, de ahí el cuestionamiento **¿qué es morir de una forma digna?** "Morir dignamente significa morir racionalmente y en pleno uso de la libertad personal, dueño de las circunstancias que rodean al acontecimiento y con el respeto de los demás hacia la propia voluntad".

Acompañando a la dignificación del acto de morir se debe introducir el componente de amor que tiene todo ser humano. Los sentimientos y afectos demostrados en estos últimos instantes hacen que la despedida y la vivencia de la misma cobren un matiz con armonía y paz.

Por otro lado, la muerte digna no es un asunto que se pueda reducir a desconectar aparatos o a suministrar sustancias letales, sino que hace referencia a **un conjunto de relaciones humanas y familiares, a una prolongación racional de la vida del paciente tratando de humanizar la enfermedad y la muerte, a no empeñarse en prolongar la vida biológica y a respetar los valores existenciales del enfermo.** Morir con dignidad significa favorecer la dimensión propiamente humana del proceso de morir.

El derecho de morir con dignidad también encierra el derecho a ser "cuidado". Cuando "curar" no es posible, permanece operante la obligación ética de "cuidar".

Existe una gran diversidad de opiniones sobre cómo o qué entender por morir con dignidad, desde la posibilidad de elegir el momento de la muerte (eutanasia), decir no a la muerte artificial (encarnizamiento terapéutico) o simplemente morir humanamente, sintiéndose persona, pero ¿qué encierra realmente la expresión muerte digna? Al parecer hay un consenso general que puede privilegiar los siguientes puntos:

- Morir rodeado de cariño y apoyo de los seres queridos.
- Con asistencia médica adecuada: del curar al cuidar.
- Eliminar en lo posible el sufrimiento y el dolor.
- De la muerte natural, a su tiempo, no provocada (eutanasia), ni irracionalmente prolongada (distancia).
- Sin manipulaciones médicas innecesarias.

- Aceptando la muerte como parte de la condición humana.

Para concluir todas estas reflexiones éticas, se propone una serie de modelos a seguir para la atención de los mayores: **la ética del cuidado, la ética del respeto, la ética de la solidaridad y la ética de la esperanza**. Siguiendo estos modelos podremos ofrecer a los ancianos cuidados con calidad profesional y calidez moral.

Es necesario generar políticas de equidad que sean justas y racionales y aplicarlas en la sociedad y en las instituciones.

Recordemos que ayudar al viejo de hoy es ayudarnos a nosotros mismos de acuerdo con la teoría del movimiento pendular. Alejémonos de la sociedad de consumo y de la insensatez de sólo ver por el presente sin dejar de observar la espada desenvainada que pende sobre nuestra cabeza. Veamos al anciano no

sólo desde el punto de vista de la justicia distributiva, sino también desde la justicia retributiva.

Referencias

1. Campos-Campos JA. *El anciano: Nuestra espada de Damocles. Comunicación personal*. Ensayo, en proceso de publicación. 2011.
2. Meijdam L, Verbon HA. Aging and political decision making on public pensions. *Journal of Population Economics* 1996; 9: 141-58.
3. Meijdam L, Verbon HA. Aging and public pensions in an overlapping-generations model. *Oxford Economic Papers, New Series* 1997; 49: 29-42. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2663533>
4. García-Férez J. *Bioética y Personas Mayores*. Madrid 2003. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>
5. De Simone GG. El final de la vida: situaciones clínicas y dilemas éticos. *Acta Bioethica* 2000; 6: 49-62.
6. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. *Gac Med Mex* 2000; 137: 269-76.