

Título: Bioética en el adulto mayor.

Autores: Roberto L. Pérez Suárez Ferry*, Juan Carlos García Sierra**,

*Especialista de 2do grado en Gerontología y Geriatria.

**Especialista I grado en Cirugía General

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

RESUMEN

El incremento de la esperanza de vida conduce a diversas problemáticas en la población adulta mayor y con más frecuencia se plantean problemas de tipo social, económicos, médicos y éticos que no deben ser ignorados. Las modernas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, prolongan en ocasiones los cuidados terminales y afectan la calidad de vida en este grupo poblacional. Por todo lo anterior los profesionales médicos y en general todos los vinculados en la atención al adulto mayor, debe actualizarse en los conocimientos de bioética. En el siguiente trabajo se tratan algunas situaciones relacionadas con la ética en estas etapas.

Palabras claves: bioética, cuidados terminales, adulto mayor.

Introducción

Si tenemos que escoger un joven con cualidades realmente humanas prioritariamente, tiene que ser en la carrera de medicina por el papel del médico. Las equivocaciones del médico pueden costar la vida del ciudadano, la vida del paciente. Trata con vidas humanas, entra en una relación especial con los pacientes es decir, se requiere una calidad humana; y se requiere una calidad revolucionaria elevada, una condición político moral especial, pudiéramos decir.

Fidel Castro Ruz.

(Conclusiones en el Claustro Extraordinario de Profesores del ISCM-H. 11 de junio de 1982)

El rápido crecimiento poblacional representa un fenómeno sin precedentes en las últimas décadas, estimados de la Organización Mundial de la Salud señalan que la cantidad de personas de 60 años llegará a mil doscientos millones en el 2025. (1)

El envejecimiento de las poblaciones es la resultante del desarrollo médico social existente, la aparición de nuevos medicamentos y métodos terapéuticos, de nuevas concepciones socioeconómicas que se han ido creando en poco tiempo y que permiten que una persona tenga mayores posibilidades de alcanzar estas etapas.

En Cuba según últimos datos del 2005 nuestra población adulta mayor es de aproximadamente un 15, 8%. (2)

Otros indicadores demográficos importantes son:

- Esperanza de vida al nacer: 77,2 años
- Esperanza de vida a los 60 años: 21 años.
- Esperanza de vida a los 80 años: 8 años.
- Proyección demográfica para el 2025: 25%.

Según la Organización Mundial de la Salud, las consecuencias que estos cambios demográficos impondrán a la atención de los ancianos, especialmente en aquellos países de recursos

económicos más limitados, son enormes e involucrarán además, dilemas de tipo social, económico, médico y ético que no pueden ser ignorados. De confirmarse las tendencias actuales, la proporción de ancianos económicamente dependientes, aumentará de forma notable en todos los países. El aumento de la población anciana repercutirá sobre el sector de la población tradicionalmente denominado productivo es decir, el comprendido entre los 15 y los 59 años y esta repercusión será muy significativo. Esta situación es de especial importancia para los encargados de diseñar políticas sociales, laborales, culturales y éticas que permitan el continuo aprovechamiento y la participación de los ancianos, con la dignidad y el respeto que ellos merecen.

La Ética es el estudio de la moral como forma de conciencia social. La conciencia social se manifiesta de distintas formas, pero siempre es el reflejo real del hombre, de su existencia social, que surge de su actividad histórico-social y de la práctica. (3-4).

La moral se considera un código no escrito, lo que la diferencia del derecho, código escrito de leyes formales. La moral no tiene leyes pero sí enjuicia y sanciona los actos y las conductas de los miembros de la sociedad. (5)

Históricamente el profesional de la salud ocupa un alto nivel de estima, dentro de la sociedad. Su relación con el paciente y la familia es tan íntima que, en ocasiones llega a ser su confesor, su consejero. La sociedad tiene una expectativa de conducta precisa y un nivel de exigencia mucho más alto en el profesional de la salud que en cualquier otra actividad profesional. Por eso cuando existe un error en la ética profesional de este sector, se produce un alto grado de insatisfacción en el pueblo. (6)

Aunque existen algunos principios éticos en medicina, perfectamente establecidos y que aclaran algunas situaciones médicas, lo cierto es que nuestros galenos no están preparados para estos

retos y debido a ello, en ocasiones se vulneran estos principios.

Las modernas tecnologías de diagnóstico y tratamiento suelen prolongar los cuidados al final de la vida implicando una mala calidad de vida, tanto para el paciente como para la familia, creándose conflictos éticos, que incluyen al personal médico y paramédico.

Los profesionales vinculados a la atención al adulto mayor deben conocer y manejar estos temas y mantenerse actualizados en materia de ética social y legal por la alta frecuencia con que se presentan problemas en este grupo poblacional. Al mismo tiempo son los adultos mayores los que con mayor frecuencia utilizan los servicios de salud y los servicios sociales, por presentar mayor fragilidad, comorbilidad y discapacidad. (7)

Por todo lo anterior, nuestro país ha priorizado el programa del adulto mayor en toda la nación y desde el triunfo de la revolución rigen los principios éticos de nuestra medicina humanista y socialista. Se han ofertado cursos de bioética médica, se han creado comités de ética médica en todos nuestros centros hospitalarios, principalmente en el campo de la biotecnología y la ingeniería genética, comités que constituyen un foro de discusión actual en muchos países desarrollados, como Gran Bretaña, Estados Unidos e Italia.

Cuba ha trabajado arduamente en la implantación de los comités estatales para la garantía de la calidad en la asistencia médica. (8)

En nuestra sociedad socialista no existe la asistencia médica privada, la relación médico-paciente está basada en el humanismo. Nuestra medicina es social, preventiva, integral, comunitaria e internacionalista.

Desarrollo

El envejecimiento es un proceso que se produce por el paso del tiempo en todos los seres vivos. En el hombre en particular, este proceso se desarrolla en un medio social donde él como ser social, tiene que interrelacionarse con la familia, los vecinos, el medio donde vive y toda la sociedad en su conjunto. Del resultado de esta importante relación va a depender la calidad del envejecimiento y la calidad de vida de todos. (9-10)

El envejecimiento también ha producido un gran cambio en la estructura de la población, frente a lo cual estamos obligados a replantearnos y discutir nuevamente la estructura económica y social de este momento histórico. Los adultos mayores no deben ser apartados de esta discusión, sino por el contrario deben ser parte activa para que puedan plantear sus puntos de vista, sus perspectivas, criterios y aspiraciones. Sus vivencias y experiencias nos pueden ayudar a dar soluciones adecuadas a problemas que ellos presentan y que nosotros estamos en la obligación de resolver. (4)

La relación adulto mayor sociedad-familia, hay que verla como una relación donde se da y se recibe. Si bien es cierto que los tiempos cambian, lo que puede ser normal y ético para una generación, no necesariamente lo es para otra. Si debemos brindarles seguridad y bienestar a nuestros ancianos, es necesario que se sientan útiles para hacerles una vejez más feliz y levantar su autoestima. (6)

La medicina como ciencia ligada a los problemas humanos en su condición biosocial ha estado permeada en su devenir histórico por la moral imperante. (11)

La medicina burguesa posee patrones morales impregnados por el individualismo, el elitismo, el egoísmo, la deshumanización, el lucro con el sufrimiento de los demás y la mercantilización de tan noble profesión, el ejercicio de la medicina privada exhibe todas estas características.

Sólo el socialismo, con su nueva moral libera a la profesión médica de estos vicios, coincidiendo los intereses personales con los de la sociedad. (12)

En este trabajo se plantearán algunos de los problemas bioéticos más frecuentes en el adulto mayor como son:

- La edad como factor que influye en la toma de decisiones médicas.
- La limitación del tratamiento en pacientes mentalmente competentes.
- La toma de decisiones médicas en los enfermos con posible incompetencia mental.
- El tratamiento en los enfermos terminales.
- La autonomía del paciente.
- Las responsabilidades del médico.

La edad como factor que influye en la toma de decisiones médicas.

El envejecimiento es un fenómeno individual; si bien la edad cronológica de un grupo de ancianos de 70 años es la misma, no sucede igual con la edad biológica, que es completamente distinta en cada uno de ellos pues depende además de factores genéticos, ambientales, condiciones de vida y otros. (13)

En una misma persona todos los órganos no envejecen a la misma velocidad, pues dependiendo de los factores antes mencionados, es posible que a los 70 años un anciano pueda tener unos riñones que se comporten funcionalmente como de 70 años y un corazón que sea similar al de una persona de 60 años y viceversa. Esto hace imposible poder evaluar de igual manera a todos los adultos mayores que arriben a una edad cronológica y obliga a los médicos a evaluar e individualizar cada anciano en particular y el riesgo / beneficio que obtendrán en la toma de decisiones. (14)

Como consecuencia del rápido crecimiento de la población de más de 60 años, la limitación de la atención médica en función de la edad, es un aspecto muy importante y de debate diario entre los

profesionales de la salud. Por ejemplo se debate con frecuencia acerca de si un anciano, con una bronconeumonía complicada o un infarto de miocardio debe o no ingresar en una sala de cuidados intensivos, si se le debe realizar o no un trasplante de riñón, por la misma razón si se le quiere privar de determinada modalidad terapéutica por el solo hecho de ser un adulto mayor. Hoy día cuando la expectativa de vida a los 60 años es de 19,9 años (la tercera parte de los años vividos), es inadmisibles estas limitaciones. Algo similar sucede con los exámenes complementarios, cuando se duda de realizar o no una prueba ergométrica; o en el caso de los procedimientos terapéuticos cuando renunciamos a hacer una angioplastia y analizamos las limitaciones de otras terapéuticas. Lo que si queda claro a Geriatras y Gerontólogos es valorar siempre el riesgo-beneficio de los procedimientos en cada caso. (15-16)

Los principales argumentos que se han planteado a favor del “racionamiento” según la edad son:

- La productividad disminuye en los ancianos.
- El respeto al anciano es compatible con la limitación de la asistencia médica.
- Las diferencias de tratamiento basadas en la edad respetan el principio de igualdad, porque con el tiempo todos reciben el mismo tratamiento.

Nuestra ética socialista nos impide aceptar estos argumentos propios de las sociedades capitalistas, pues la vida tiene un inapreciable valor por sí misma y no por lo que la produzca. No existen limitaciones de la asistencia médica porque existe un apoyo social y voluntad del gobierno para que la medicina se practique en todos los niveles de asistencia médica con el máximo de calidad. (17-18)

Si el riesgo médico o quirúrgico es similar o ligeramente mayor al riesgo establecido para personas más jóvenes entonces la siguiente pregunta es de tipo ético. ¿Hasta que punto merece la pena prolongar la vida del anciano? La opinión del paciente en estos casos cobra una importancia fundamental, la mayoría está dispuesta a continuar el tratamiento y seguir el consejo médico si

mantiene el mismo nivel de función, lo que no desea es sufrir el dolor ni la discapacidad. (19)

La Limitación del tratamiento en pacientes mentalmente competentes.

El rechazo a un tratamiento razonable, en una persona competente plantea problemas difíciles de entender en la práctica médica; sin embargo el principio de autonomía obliga a respetar el derecho de cada individuo a responsabilizarse con la toma de decisiones y controlar los actos de su propia persona.

El principio de la benevolencia obliga a ofrecer un trato directo y beneficioso. Sin embargo, las normas vigentes actuales establecen que un adulto competente puede rechazar tratamientos que salvarían su vida.

El médico está en la obligación de informar debidamente al paciente para que este pueda otorgar su consentimiento libre: es el llamado consentimiento informado; además debe explicar todas las pruebas a que va a ser sometido, sus resultados y posibles complicaciones; los tratamientos y el riesgo/beneficio que se pueda obtener del mismo. El médico debe responder a cuanta duda tenga el paciente sobre su enfermedad; el paciente no debe ser en absoluto objeto de coerción por parte del galeno ni de la familia. (6) Si después de todo lo anterior persiste la negativa, el facultativo debe asegurarse de la adecuada capacidad mental del paciente, si este lo entendió correctamente y, de ser así: respetar su decisión.

El médico debe recordar que aunque él representa la autoridad máxima en el tratamiento médico, la legítima potestad para rechazar o aceptar la decisión de una terapéutica, es el propio paciente.

El especialista debe examinar la situación y efectuar sus recomendaciones, pero la decisión final corresponde únicamente al paciente. (10) Las situaciones de emergencia donde no se conocen las preferencias del paciente, o no se pueden recoger a su debido tiempo, constituyen la excepción, hay que preservar en todo momento la vida del enfermo. Posteriormente si se conocieran los

deseos del enfermo, y el familiar responsable, puede retirarse el tratamiento.

En Cuba, debido a alta educación sanitaria que tiene nuestra población y a que la atención de los adultos mayores se realiza por un equipo multidisciplinario, estas situaciones de negación al tratamiento y a las investigaciones, son poco frecuentes si todo el equipo trabaja en la misma dirección y con el mismo nivel de ética.(11)

La toma de decisiones médicas en los enfermos con posible incompetencia mental.

Epidemiológicamente en este grupo poblacional es donde existen más personas con discapacidad mental, debido a la incidencia de un grupo de enfermedades como la demencia, la enfermedad de Parkinson, la Enfermedad Cerebro Vascular, etc. Los aspectos éticos en estos casos adquieren una importancia extraordinaria.

Una persona puede ser competente para una labor e incompetente para otras; en el sentido médico la competencia equivale, (de una manera grosera), a valorar la capacidad mental para realizar dicha labor.

La valoración mental del enfermo debe realizarse en el marco de la evaluación geriátrica integral que se realiza por el equipo multidisciplinario; valorándose sobre todo el proceso de ideación del paciente en la toma de decisiones.

El paciente debe aclarar todas sus dudas, no debe considerársele irracional porque esté en desacuerdo con el médico. Siempre es conveniente volver al análisis con el paciente.

Cuando se tenga la certeza de que un enfermo carece de la capacidad mental para tomar una decisión médica, debe consultarse con el familiar/cuidador más cercano, que tome las decisiones por él; en otros casos puede ser con un amigo íntimo u otra persona nombrada con anterioridad como cuidador principal, cuando se encontraba en estado competente.(20)

El representante legal del paciente debe recibir toda la información necesaria para tomar la decisión más adecuada y que se ajuste a los deseos del enfermo, el médico debe obtener el

consentimiento informado de esta persona.

Otra alternativa legal es la declaración del testamento vital en el cual, el paciente en estado de competencia mental solicita o rechaza los tratamientos que estime convenientes.

En ocasiones, no existe evidencia de los deseos del paciente; en estos casos, las decisiones deben tomarse respetando los intereses, determinados por el encargado de velar por la salud del enfermo.

La mayoría de los expertos en bioética prefieren discutir si los tratamientos son obligatorios u optativos desde el punto de vista moral. (13) El tratamiento básico como la ropa y el alimento es obligatorio. La alimentación no es un problema fácil, la mayoría de los médicos no dudan en pasar una sonda Levine, para el tratamiento a corto plazo de problemas potencialmente reversibles, y evitar así la desnutrición en el paciente hasta que recupere la deglución. Esta misma decisión se torna compleja ante un paciente con una alteración mental progresiva e irreversible en la cual la nutrición asistida, sólo prolonga una vida sin sentido. La administración de líquidos intravenosos es una decisión individual, siempre que el paciente no esté alerta, si está alerta puede sentirse más cómodo sin sufrir las consecuencias de la deshidratación. Cuando la prolongación de la vida deja de ser el objetivo terapéutico es posible retirar el tratamiento a solicitud del familiar responsable.

El tratamiento de los enfermos terminales.

La ciencia y la tecnología han dotado a la medicina de técnicas novedosas para prolongar la vida del enfermo. Hasta hace pocas décadas, la disfunción severa de uno de los órganos vitales llevaba irremediablemente a la muerte en un período de tiempo relativamente corto. (13-14)

Esta tecnología ha mejorado la sobrevida y calidad de vida en muchos casos, también ha contribuido a mantener vivos a pacientes para quienes el morir hubiera sido una consecuencia

natural del término de su enfermedad, sin omitir las consecuencias psicológicas que para el paciente y familiares, el alto costo económico, o el sobrevivir con una severa discapacidad o en un estado vegetativo provoca el prolongar innecesariamente estos cuidados al final de la vida. (21)

La reflexión sobre estos problemas ha llevado a la sociedad a solicitar que se respete el derecho de las personas a no enfrentar o someterse a técnicas diagnósticas o terapéuticas infructuosas, y a los médicos, a plantearse la difícil tarea de evaluar en qué situaciones esto pudiera ocurrir. Hoy se sabe que las técnicas para prolongar la vida pueden convertirse en técnicas para prolongar la muerte; el saber cuando suspenderlas es parte de nuestra responsabilidad ante esta tecnología.

En el adulto mayor con cáncer en fases terminales y en ancianos con patologías crónicas en las últimas etapas de su evolución estas reflexiones se hacen notorias.

Los profesionales debemos desarrollar las competencias necesarias para identificar aquellos pacientes en quienes se justifique el uso de medidas de soporte vital; y en aquellos en los que se decida usarlas, establecer y determinar hasta cuando mantenerlas.

Este aspecto ético es muy complejo y controversial, pues aunque el equipo pueda estar de acuerdo con limitar el tratamiento dada la situación del caso, esta decisión resulta dura desde el punto de vista psicológico y el médico debe seguir un plan de tratamiento flexible que pueda ajustarse al estado clínico y a los deseos del paciente y la familia.

Un paciente terminal, se encuentra en una fase avanzada de una enfermedad irreversible y su muerte es inminente, independientemente de la terapéutica que se utilice. La ética de la medicina de hoy no permite engañar al enfermo ni a sus familiares ofreciéndoles alternativas terapéuticas que no resolverán su situación; por el contrario prolongarían inútilmente el proceso de morir: es el llamado tratamiento fútil. (15)

El tratamiento del dolor no debe suspenderse en los cuidados al final de la vida nunca, ni siquiera

cuando éste se asocie a una depresión respiratoria.

El pronóstico de la reanimación cardiopulmonar en pacientes con enfermedades crónicas, es muy desfavorable. A veces puede resultar doblemente doloroso pues puede prolongar la hospitalización, y producirse el fallecimiento del paciente a los pocos días. En las escasas ocasiones donde el paciente sobrevive y es dado de alta del hospital, la mayoría de ellos quedan con secuelas funcionales y neurológicas graves, que pueden producir gran discapacidad. (15-16)

La edad por sí misma no representa ningún índice adecuado en los resultados de los esfuerzos por la reanimación ni debe prohibirse su aplicación. Se desconoce si la reanimación cardiopulmonar puede considerarse una medida inútil en todos los adultos mayores con una enfermedad cardiovascular grave, por lo que cada caso debe individualizarse.

El paciente siempre debe ser informado de los resultados de la reanimación, pudiendo elegir la opción de no reanimarse, lo que debe ser debidamente registrado por escrito en la historia clínica. Otros prefieren ser reanimados y sus deseos deben ser considerados, en caso de deterioro mental esta opción quedaría en manos del cuidador principal. (17)

En pacientes con muy poca o ninguna posibilidad de recuperación, una vez agotadas todas las medidas terapéuticas razonables, la suspensión del soporte vital, no debe considerarse maleficencia. En estos pacientes, la eutanasia pasiva consiste en dejar de realizar procedimientos que prolonguen inútilmente la vida y orientar la terapéutica hacia el tratamiento paliativo para calmar el sufrimiento y permitir la evolución natural de la enfermedad; los tratamientos extraordinarios y los fútiles los consideramos como parte del ensañamiento terapéutico y no deben ser utilizados.

La eutanasia activa es un problema ético muy controvertido, rechazado por la mayoría de los países. En la eutanasia el médico pasa de ofrecer un medio para su suicidio a ejecutar una

intervención que produce la muerte. (18)

En Holanda en condiciones muy estrictas, se acepta la eutanasia como una práctica legal de la medicina, recientemente en Bélgica también se aprobó este proceder. En Cuba esta metodología no esta aprobada. (19)

El médico no debe considerar que su única función sea salvar vidas y curar enfermedades. La función real del médico es ayudar al paciente en la búsqueda de lo que para él sea lo mejor, reconocer el límite de sus posibilidades terapéuticas y ayudar al enfermo a morir con dignidad.

La autonomía del paciente.

En el adulto mayor, no respetar su autonomía constituye un problema ético frecuente. Entendemos por autonomía la capacidad de una persona para elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que este dispuesto a correr. Fácilmente puede inferirse todas las veces que un adulto mayor no puede ejercer su autonomía, a veces ni en su propio entorno.

La autonomía como uno de los principios básicos de la bioética supone, por parte del paciente, la posibilidad de disponer de una información veraz y completa acerca de las diferentes condicionales y opciones que se derivan de su enfermedad. Además de la autonomía, cuando el paciente está debidamente informado, es capaz de colaborar mejor con el médico en el cumplimiento de plan terapéutico, puede ordenar mejor su vida futura, resolver problemas de importancia y tomar decisiones adecuadas. (21)

En algunas ocasiones, en la práctica diaria no es tan simple cumplir con este principio de la ética. Hay circunstancias en que una información apresurada, excesiva o simplemente no deseada por el enfermo puede producir más daño que beneficio. Indirectamente ir en contra de sus intereses producto de la angustia o la depresión derivada de la información. (8)

Los hábitos de información al paciente varían según las costumbres y las culturas. Podemos decir toda la verdad al paciente, u ocultársela.(22) En Cuba ha prevalecido hasta ahora, ocultar total o parcialmente la verdad. En estas decisiones generalmente la familia del anciano es la que se opone a que éste conozca la verdad de su padecimiento.

Un adulto mayor mentalmente competente puede decidir por sí mismo, pero si sufre una discapacidad funcional depende con frecuencia de los demás para llevar a cabo sus planes, nunca podrá actuar privadamente. El paciente podrá pensar que la persona que le ayuda está realizándole un favor y que está en deuda con ella.

Cuando se trata de pacientes no autónomos, como en el caso de las demencias, este principio carece de todo valor. (22)

La responsabilidad del médico.

La actividad del médico constantemente ligada a la salud y a la vida de hombres y mujeres, tiene un gran significado para la sociedad, esto hace que sobre el profesional de la salud recaiga una gran responsabilidad y que se exija de él una ejemplar actitud ante su labor. Entre los principios más generalizados e importantes de la ética médica socialista, se encuentra el humanismo, estrechamente ligado con el desarrollo del deber. (23-24)

Desde la antigüedad, el médico siempre ha tenido una ética diferente al resto de la sociedad. Se conoce el juramento hipocrático, en el cual Hipócrates, considerado Padre de la Medicina, les advierte a los médicos sobre los sacrificios, las penurias y limitaciones que deberán tener en su vida personal y que si aceptaban todo eso, terminaba con la frase: “Hazte médico, hijo mío”.

El primer principio ético de ese código se mantiene aún vigente: **Primum non nocere**. Primero no hacer daño. Este precepto guía nos refiere que la preocupación primera del médico debe ser la de evitar dañar a su paciente, aun cuando esto no se produzca intencional o conscientemente. Es el

principio de no-maleficencia. (6)

Si después de este primer principio establecemos una relación médico-paciente-familia adecuada, más allá de la simple comunicación y poniendo en práctica las reglas bioéticas que hemos ido desarrollando, pensamos que llevaríamos a cabo correctamente el ejercicio de la medicina. (24)

En esta relación médico-paciente- familia debemos:

1. Establecer una adecuada relación interpersonal con el paciente que le propicie buen estado de ánimo y seguridad. La palabra, el gesto, la mímica y la actitud general del médico influyen. Es necesario explicarle su estado actual de salud, las causas de su enfermedad e informarle de las medidas de diagnóstico y tratamiento a las que ha de ser sometido. Similar relación debemos tener con la familia para lograr la máxima cooperación y apoyo posibles.
2. Ser discretos, no hablar de los pacientes con otras personas no relacionadas con la medicina. Mantener el secreto profesional, siempre que no ocasione perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas. No divulgar aspectos relacionados con la vida íntima del paciente o de sus familiares.
3. Escuchar las preocupaciones del paciente y de sus familiares. Ser sinceros al revelar nuestros pensamientos al paciente, y también acerca de lo que se conoce o más aun lo que se desconoce.
4. Ser agradables, recordar que estamos tratando con personas no con enfermedades. Atender a toda persona sin mostrar prisa, no mirar constantemente el reloj. No hacer comentarios ajenos a su persona en su presencia. (4)
5. Tratar con respeto a los pacientes, lo cual consiste también en escucharlos, respetar su pudor y su dignidad.
6. Lograr obtener antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica el consentimiento

7. del paciente, o familiar responsable del enfermo.
8. Dedicar todos nuestros esfuerzos a la prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud humana.
9. Recordar siempre que una mala relación médico-paciente puede empeorar un síntoma e incluso crear otros nuevos.

Conclusiones

El gran envejecimiento poblacional ha propiciado cambios en reglas bioéticas debido al desarrollo tecnológico y terapéutico alcanzado. Las nuevas tecnologías indudablemente han salvado muchas vidas pero también han prolongado la muerte de otros, presentando dilemas éticos aún no resueltos.

Hoy se exige un respeto absoluto a la voluntad del paciente, es él quien debería decidir su tratamiento con pleno conocimiento de cómo va a ser y que va a suceder en el futuro.

En pacientes con muy pocas posibilidades de recuperación, una vez agotadas todas las medidas terapéuticas razonables, la suspensión de las medidas de soporte vital, no debe considerarse maleficencia.

Con una buena relación médico-paciente-familia muchos problemas bioéticos del adulto mayor tendrían soluciones adecuadas o no se presentarían.

La bioética socialista que se ejerce en nuestro país cumple con todos los principios éticos establecidos, siendo más humanista.

Referencias Bibliográficas:

1. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005.
2. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Trabajo y asuntos sociales. 2002 abril 11; [fecha de acceso 17 de septiembre de 2005]. Disponible en URL: http://www.mtas.es/periodico/asuntossociales/200204/as20020411_2.htm.
3. Anderson. E.: Consejos de los médicos con experiencia. Modern Geriatrics. Edición Española. Vol.5 No.8.Sep. 1993.
4. Colectivo de Autores. Temas de Ética Médica. Departamento de Psicología médica. Instituto de Ciencias Básicas y Pre-Clínicas Victoria de Girón.
5. Couso Seoane C., y Col.: La Bioética y los problemas del adulto mayor. Medisan. 1998: 2 (3): 30-35.
6. Chaiken M., Porter R.D., Schick K.: Core Competencies in ethics. J. Health. Adm. Educ. 2001. Spec. No.149-57.
7. Chambers T.: Comment: Toward thick reading. J. Clin. Ethics. 2001. 12 (2): 131-3.
8. Código de Ética de los cuadros del Partido. Editorial Capitán San Luis 1996. Cuba.
9. Devesa Colina E., y Col.: El envejecimiento como problema. Rev. Cub. Salud Pública 1993; 19 (2) 83-89.
10. Florez, Tascón F.J., López-Ibor, J.M.: Saber Envejecer. Ediciones Temas de hoy. Madrid, España. 1990.
11. Goldstein, Kane, M.: Ética. Atención primaria en geriatría. Casos clínicos. Cap.10. Mosby/Doyma Libros, S.A. 1995.
12. Petrini, Massino. : La persona anciana frente a la muerte. Dolentium Hominum. No.40 AñoXIV, 1999. P.p.92-100.
13. Prieto Ramos O., La enfermedad y la muerte. CITED. La Habana, Cuba Mayo 1999.

14. Psemiarower, Santiago, N. Y Col: Ancianidad y Derechos Humanos. Artes Gráficas Candil, Buenos Aires, Argentina, 1999.
15. Purón Iglesias, I: La conducta moral de la salud del senescente. Santiago de Cuba.I.S.C.M., 1997.
16. Robins, L.S.: Elements of professionalism for undergraduate ethics educations. Acad. Med. 2002. Jun, 77 (6) 523-31.
17. Schramn, F.R.: Nuevas tendencias en bioética. Cuadernos de Bioética. OPS-OMS, No.4, Julio 1997: 13-23.
18. Schumacher, J.G.: Moving Beyond''on the job training''. H.E.C.Forun. 2001. Dec., 13(4): 368-80.
19. Valdés Mier. M.A.: Psicogeriatría para Médicos generales integrales. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. 1997.
20. WHO/INPEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization, 2002.
21. Bazo M.T. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2001; 36: 8-14.
22. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Bar) 2001; 117: 18-23.
23. Moya A., Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. Rev.Esp. Geriatr Gerontol 2003; 38(2): 177-185.
24. Gómez J. ¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad? Jano extra Abril 2003. Vol. LXIV N° 1.474.