

# DIMENSIONES BIOÉTICAS DEL CUIDADO MÉDICO EN EL ANCIANO

**Fernando Lolas<sup>1</sup>**

**Palabras claves:** Envejecimiento - Bioética - Atención médica

Existen tres grandes categorías de tecnologías terapéuticas: las que salvan la vida (resucitación cardiopulmonar, cirugía de emergencia, cuidado intensivo), las que mantienen la vida (ventilación mecánica, diálisis) y las que mejoran la vida (remoción de perturbaciones, reducción de trastornos). Claramente, el factor de calidad de la vida está presente en la segunda y la tercera categorías más que en la primera<sup>1</sup>.

La demanda por estos tipos de tecnologías terapéuticas y el consiguiente uso de servicios médicos son difíciles de estimar. Sin embargo, entre los factores que sin duda inciden está la edad de los usuarios. La transición demográfica hacia poblaciones progresivamente envejecidas permite anticipar patrones de uso de servicios con mayor demanda entre los individuos añosos. Esta tendencia, estudiada en algunos países europeos, se caracteriza no sólo por un mayor gasto en los ancianos como grupo sino por un mayor gasto por individuo. En Holanda, 87.3 % de los mayores de 65 años consulta a un médico en un período de doce meses, con un promedio de 6.7 contactos/año. Un 40% de las camas hospitalarias en Gran Bretaña y un 42% en Estados Unidos se destinan a la tercera edad. Por lo tanto, si bien los datos demográficos predicen el uso de servicios indirectamente, la perspectiva hacia el futuro no deja dudas sobre la creciente importancia de una adecuada anticipación de los desafíos que plantea el envejecimiento de las poblaciones humanas<sup>2</sup>.

Una de las paradojas inherentes a la tecnificación de la medicina es que su mayor eficacia se acompaña de frustración<sup>3</sup>. No sólo crea demandas imposibles de satisfacer equitativamente; también obliga al empleo de sus recursos incluso cuando su utilidad es dudosa (futilidad médica). En algunos ancianos con dolencias terminales, una sobreutilización de servicios “condena” a la vida a a personas que preferirían mejor calidad

---

<sup>1</sup> Profesor Titular de la Facultad de Medicina y Vicerrector de Asuntos Académicos y Estudiantiles, Universidad de Chile.  
Dirección: Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Av. La Paz 1003, Santiago, Chile.

a mayor longevidad. Se ha llamado la atención hacia el miedo a ser incapaz de detener invasivos tratamientos en el hospital y su posible influencia sobre la tasa de suicidio en los ancianos. El conocido refrán “Vale más la pena agregar vida a los años que años a la vida” encuentra perturbadoras expresiones.

Parece evidente que el tratamiento ofrecido a los ancianos debe tener en cuenta al menos tres dimensiones: lo que es apropiado según el estado del arte, lo que es bueno o satisfactorio para usuarios y profesionales y lo que es justo en el plano social. Conciliar estas tres dimensiones es tarea que excede las capacidades del médico individual y del planificador de servicios. En realidad, su armonización es materia de una reflexión sobre las metas de la medicina como institución social y de su inextricable ligazón con la construcción de la cultura. Parece haber una contradicción, por ejemplo, entre la tesis de ofrecer cuidado médico irrestricto a todos, independientemente de la edad, y la necesidad de financiar un sistema de salud equitativo. El recurso de la familia, fundamentado en una solidaridad intergeneracional desinteresada, no siempre brinda el apoyo que la expectativa predice. La aplicación acrítica de masivas medidas terapéuticas no obedece siempre a indicaciones técnicas sino a la angustia existencial de quienes las usan. Es inevitable admitir que la edad introduce, no una mayor homogeneidad de las personas sino todo lo contrario: mayor diversidad<sup>4</sup>. Y la civilización contemporánea muestra claramente que mayor diversidad significa mayor inequidad.

Por estos motivos, y especialmente considerando que la calidad de la vida es un constructo subjetivo, multidimensional y de muchas facetas, tiene la medicina como institución la obligación de anticipar los escenarios futuros considerando su contextura bioética<sup>5</sup>. Esto significa: en un plano societario, globalmente, tomando conciencia de que la salud y la calidad de la vida involucran por igual a profanos y a expertos y que el diálogo será la substancia de las profesiones del futuro. Los desafíos parecen depender, en parte, de algunos condicionantes ya insinuados: una mayor expectativa de vida, especialmente entre los ancianos; también del fenómeno de “compresión de la morbilidad”, que lleva a esperar una demanda mayor de servicios en la ancianidad; por cierto, de la esperanza tecnocrática de que la vejez y la muerte puedan ser “derrotadas” y eventualmente eliminadas; sin duda, de la imposibilidad de dar de todo a todos, por barreras económicas, políticas y culturales. Pero el mayor desafío consistirá en recuperar una perspectiva “humana”, sin que esta admonición suponga ninguna lírica pretensión de compasiva

beneficencia sino el reconocimiento de que el “mundo de la vida” necesita ser considerado en su total complejidad, más allá de las limitaciones y reduccionismos de la mirada experta<sup>6</sup>.

Lo propio, lo bueno y lo justo, los tres pilares de la reflexión bioética, deben ser considerados conjuntamente al valorar las nuevas tecnologías y su impacto, al considerar las medidas de planificación y su control, al diseñar mecanismos de gestión sanitaria y su implementación, al ponderar la influencia de la cultura y la familia en el cuidado de la salud y, especialmente, al enfrentar la cotidiana necesidad de que el ejercicio de la medicina sea un arte virtuoso. La interrelación de estas dimensiones tan diversas y de exigencias tan contrapuestas se produce en la conciencia individual de todo médico, en la estructura de las instituciones públicas y privadas y en las directrices políticas que se inspiran en los principios, los deberes y los derechos relativos a la salud humana<sup>7</sup>. Lejos de implicar pesimismo y anticipar tremendas y apocalípticas consecuencias, estos desafíos significarán una saludable y vitalizadora renovación para la medicina.

## **BIOETHICAL DIMENSIONS OF MEDICAL CARE IN THE ELDERLY**

### **(Abstract)**

Fernando Lolas

This paper examines the challenges posed by the current epidemiological transition towards ageing of societies against the background of medical technologies: life-saving, life-sustaining, and life-enhancing. Increased life expectancy among the elderly, compression of morbidity in the last years of life, cost containment in health-care delivery and humane treatment are elements of the dilemma facing modern medicine confronted to the aged. Technical success and medicalization of life are doomed to failure if the necessary reflection on what is proper, what is good and what is fair or just is not incorporated into everyday practice. This bioethical dimensions should be reformulated at the level of the individual professional, the institutional environment and the social milieu. Aside from gloomy predictions about the future, the challenges imposed by treatment of the elderly are seen as invigorating stimuli for the continuous improvement of medical care.

**Key words:** Aging - Bioethics - Medical care

---

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- <sup>1</sup> JENNETT B. Treatment of critical illness in the elderly. *Hastings Center Report* 1994; 24(5):21-22.
- <sup>2</sup> HANSON M J. How we treat the elderly. *Hastings Center Report* 1994; 24(5): 4-6.
- <sup>3</sup> LOLAS F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1997.
- <sup>4</sup> LOLAS F. Futuro de la vejez y vejez del futuro: Una reflexión bioética. En Lolas, F. (Editor) *Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos demográficos y bioéticos*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos, Universidad de Chile, 1996.
- <sup>5</sup> LOLAS F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Santiago: Editorial Universitaria, 1992.
- <sup>6</sup> LOLAS F. Bioética y vejez: El proceso de desvalimiento como constructo biográfico. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética (Santiago)* 1996; 2:109-117.
- <sup>7</sup> LOLAS F. Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology. *Social Science and Medicine (Oxford)* 1994; 39:1-5.