


3. DILEMAS BIOÉTICOS DE LA GERONTOLOGÍA

Jesús Alberto Islas Ramírez
Academia Nacional Mexicana de Bioética,
“Capítulo Puebla, A.C.”

 El proceso de envejecimiento de la población es una situación nueva provocada por los descubrimientos científicos y tecnológicos. El incremento en la esperanza de vida da lugar a nuevos parámetros sociales, políticos y económicos que plantean nuevas cuestiones y generan iniciativas que tienen como base la reflexión ética y antropológica.

El momento en que empieza la vejez y su definición varía según las épocas y los lugares. No es un hecho estadístico, entendámosla de inicio como la prolongación o la conclusión de un proceso; pero, ¿en qué consiste ese proceso?, ¿qué es envejecer? Para estas preguntas, la primera respuesta sería que la ley de la vida es cambiar y que lo que caracteriza al envejecimiento es cierto tipo de cambio progresivo, irreversible y desfavorable la mayoría de las veces; es decir, una declinación, que está ligada al paso del tiempo y que se vuelve perceptible después de la madurez y que termina invariablemente con la muerte. Pero antes de esta conclusión quisiera preguntar,

¿qué significa desfavorable?, ¿qué debemos entender por madurez?, ¿es la muerte el final? Sí, preguntas y más preguntas, cuyas respuestas generan nuevos cuestionamientos.¹²

La consecuencia inevitable del envejecimiento es el incremento de la población de ancianos, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y un grado mayor de discapacidad, que en conjunto se traduce en un importante aumento en el costo de la atención, tanto en el ámbito individual y familiar, pero principalmente social, ya que se considera que este proceso impacta sensiblemente sobre diversos factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades. Este fenómeno y sus consecuencias no es preocupación exclusiva de los países desarrollados, ya que las sociedades envejecidas están apareciendo gradualmente por todos los rincones del mundo.¹³

En nuestra sociedad, la atención de los ancianos ya representa y representará en los próximos años uno de los mayores retos para los servicios de salud y el sistema económico, ya que este grupo utiliza con una frecuencia cuatro veces más que el resto de la población los servicios de salud; se ha observado además un notable incremento en el porcentaje de egresos hospitalarios que corresponden a los mayores de 65 años, ya que pasó de 8.3 % en 1993 a 12 % en 1999, contribuyendo con el 43 % de la mortalidad intrahospitalaria.¹⁴

12 Simone de Beauvoir, *La Vejez*, Editorial Hermes, 1983, México.

13 Secretaría de Salud, "Programa de Acción: Atención al Envejecimiento", en Programa Nacional de Salud, México 2001-2006; y Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Adulto y Anciano. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Atención al Adulto y Anciano, 1999, México, pp. 1-36.

14 Aída Borges-Yáñez *et al.*, "Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana en la Ciudad de México", *Revista Salud Pública*, vol. 38, núm. 6, 1996, México, pp. 475-486, sitio web <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5960>.

¿Quiénes son los adultos mayores? Son seres humanos, a menudo muchas veces mayores de ochenta años, a los que se clasifica en un colectivo convertido en objetivo “de discriminación y exclusión”, los ancianos; sin embargo, son personas que desean que se escuche su voz y que se afronten sus problemas específicos; que no quieren ser consideradas únicamente seres que han llegado al ocaso de su vida, porque ser anciano implica haber vivido una prolongada existencia y encontrarse al final de un largo viaje, quizá demasiado difícil y cansado.¹⁵

La vejez, la longevidad, no se deben mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos: para la persona que envejece, para su familia y para la sociedad. No debemos preguntarnos solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento y de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento (exactamente desde la concepción) hasta el morir es desarrollo. Y debemos preocuparnos por abrir nuestros ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas viejas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades. Seguramente encontraremos novedosas perspectivas, inclusive en el grupo de las personas más frágiles y discapacitadas.⁶

El concepto de calidad de vida parte de la necesidad de proteger al hombre, y para lograrlo se trata de establecer cuáles son las mejores condiciones para su vida. Esto lleva implícito protegerlo de todo cuanto pueda dañarlo: cuidar el medio ambiente donde vive, de los demás hombres y de él mismo, por desconocer o no priorizar todo lo que asegura su salud, bienestar y sobrevivencia.

La calidad de vida en este siglo equivale a la calidad de nuestro envejecimiento, el que es elegible en la medida en que

15 Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*. 2001. Sitio web <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>.

elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos. Es el resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potencialidades: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política) que interactúan con él; el aspecto subjetivo está dado por la mayor o menor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. Por lo tanto, la calidad de vida en el anciano, no sólo debe entenderse como un concepto físico y económico sino que debe tener en cuenta un proyecto de vida global.¹⁶

Punto de partida para entender la nueva moral médica es la genealogía de la bioética, en la cual se entrelazan tres principales hechos: la catástrofe ecológica, la revolución biológica y la medicalización de la vida.

La economización de la medicina no ha hecho sino crecer, y con ella se replantea el problema de la justicia distributiva en la política sanitaria. Las tres principales doctrinas de la justicia social –igualitaria, liberal y redistribucionista– compiten en la fundamentación moral de los sistemas alternativos de acceso a la salud: socializado, liberal y mixto. En cualquier caso, la justificación del derecho a la salud mediante el principio de justicia y equidad es otra conquista de la bioética, junto a la introducción del agente moral por el principio de autonomía, y la valoración de la vida humana con el principio de utilidad

16 Reyes Carmejo, Teresa, Eduardo Triana Álvarez, Neyda Matos Pérez, José Ramón Acosta, "Salud en la tercera edad y calidad de vida", Centro Gerontológico Colón. La Habana, Cuba, en *Silo Tips*, enero 28, 2017, <https://silo.tips/download/salud-en-la-tercera-edad-y-calidad-de-vida#>; y María Victoria Roqué Sánchez y Javier Pérez Guerrero, "Bioética geriátrica", en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 12, núm. 1, 2002, pp. 26-30, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=261112>.

o beneficio. Los tres megaproblemas de la medicina posmoderna: costos, responsabilidad y calidad en la atención de la salud, tienen así una respuesta, o al menos un planteamiento sistemático, desde el nuevo orden bioético.⁸

Efectivamente, el aumento en la esperanza de vida, unido al importante desarrollo tecnológico que lo hace posible, ha originado un incremento en la demanda de los servicios sanitarios y asistenciales de larga duración, contribuyendo a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y minusvalías. A este fenómeno se le ha llamado, no sin ironía, el fracaso del éxito.

Al médico, llevado por un optimismo prometeico, se le ha enseñado a curar, pero no se le ha enseñado a cuidar ni a practicar medidas preventivas, de rehabilitación y de asistencia primaria; las facultades no contemplan en sus proyectos curriculares la asignatura de geriatría, las plazas de médicos geriatras no se promocionan, tampoco existe un Plan Gerontológico que integre y racionalice los servicios sanitarios.¹⁷ El viejo es social y laboralmente no necesario, pero financieramente imprescindible. El anciano no es productor, se considera como un ser totalmente consumidor.¹⁸

Hay tres hechos relevantes en un planteamiento ético en torno a la vejez y el envejecimiento. El primero es de naturaleza demográfica. En todos los países del mundo, la proporción de adultos mayores, y especialmente de viejos, ha aumentado en los últimos decenios. Se espera, asimismo, que haya una convivencia intergeneracional de un tipo hasta ahora inédito: muy jóvenes convivirán con muy ancianos. El segundo, conexo con lo anterior, la longevidad se acompañará de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La compresión de la morbilidad esperable hará

17 Margil Gómez, Miguel, "Bioética y ancianidad". <http://www.msc.es/insalud/hospitales/sanjorge/r3/bioetica>. (Acceso, 14 de mayo de 2002).

18 Beauvoir, Simone de, *Op. cit.*

necesarias decisiones sobre provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para proveer estas necesidades.

Finalmente, en un clima de progresiva conciencia de los derechos de grupos de opinión y de presión, se ha llegado a un “mosaicismo social”: cada minoría aboga por sus derechos, delimitándose de otras y logrando su nicho en el cuerpo social, a veces combativamente. La paradójica ambigüedad en que se encuentra la ancianidad es que su carácter más acusado es la dependencia y el desvalimiento, lo que lleva a plantear el tema del reconocimiento de sus derechos y después de la defensa de los mismos.¹⁹

Se ha producido una medicalización de la vejez por lo que la sociedad delega en la medicina la responsabilidad en la calidad de vida a la que se pueda acceder en los últimos años. Estamos reclamando una medicina de intervención sin darnos cuenta de la importancia que tiene a esta edad la calidad del cuidado y no tanto la cantidad de medios puestos al alcance del anciano. Es preciso una ética del cuidado y no de la curación, en la que se contemplen todos los aspectos de prevención, anticipación y previsión de los daños. Por ello, una ética del cuidado no se fundamenta tanto en una ética que apele al principio de no-maleficencia sino al de la beneficencia. Es decir, una ética del cuidado de máximos (beneficencia) y no de mínimos (no-maleficencia). Difícilmente podremos ser beneficiarios si ponemos todos los medios técnicos de la medicina al alcance del anciano, pero no utilizamos los medios humanos, es decir la cercanía y el cariño. Podemos ser maleficentes aun siendo eficientes.²⁰

19 Lolas Stpeke, Fernando, “Bioética y Vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico”, Universidad de Chile, Chile, 2000, https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf.

20 Marigil Gómez, *Op. cit.*

Los dilemas éticos fundamentales que se plantean con respecto a la atención al anciano son los siguientes:²¹

1. El respeto a su dignidad. La conciencia de la sociedad respecto a los derechos del anciano es muy limitada, existe la tendencia de discriminar a las personas, y en los ancianos es una amenaza constante, que generalmente es un factor determinante para no proporcionar todos los servicios a que tiene derecho un anciano.
2. La beneficencia y la no maleficencia. Debe fundamentarse en una actuación profesional buscando el bien del anciano, respondiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, confrontando las exigencias sociales del momento; ante estos hechos, debemos considerar que la no maleficencia se fundamenta en la defensa al anciano del abuso y malos tratos, pero ante todo del actuar negligente, el que parece ser más frecuente cada día en los entornos familiares, residencias de ancianos, pero sobre todo en los integrantes del equipo de salud, porque la necesidad vital, fundamental del anciano demanda que se haga todo lo necesario para el mantenimiento de su autoestima y continúe o al menos no disminuya su vida de relación con los demás.
3. El respeto por su autonomía y su derecho a decidir. Hay una serie de situaciones vitales en relación con el anciano, que suscitan la pregunta con respecto a su capacidad para tomar decisiones. La pregunta es cómo estar seguros que los deseos del anciano competente son respetados, que los intereses de los

21 Roqué, *Op. cit.*; y Franca-Tarragó, Ómar, *Ética y asistencia al anciano*, Universidad Católica de Chile, Chile, 1996, p. 14.

- incompetentes son protegidos y que las determinaciones de incompetencia se hacen de forma responsable.
4. La verdad y la discreción. Al anciano con capacidad para tomar decisiones y a sus familiares se les debe proporcionar información verdadera, progresiva, sin contradicciones, accesible y, desde luego, oportuna, es decir en el momento idóneo, sin olvidar el respeto de silencio sobre aquellas confidencias hechas por el anciano.
 5. La distribución justa de recursos para atenderlo. No menos acuciantes desde el punto de vista ético, son los dilemas que tienen que ver con la escasez de recursos y la inutilidad que la aplicación de algunos tratamientos sofisticados tiene para determinadas condiciones de salud del anciano. Somos optimistas en el propósito de prevenir las enfermedades crónicas y las discapacidades correspondientes, que sobrevienen por la edad, pensamos que, con una adecuada atención preventiva con base en el deporte, vida y dieta sana, las enfermedades crónicas podrían limitarse; sin embargo, hemos encontrado que las claudicaciones sobrevienen rápidamente. Estos supuestos, aunque valgan para un cierto número de gente, no resuelven los problemas particulares de las enfermedades crónicas de los ancianos.
 6. La investigación. Debe tener los mismos requisitos éticos que la investigación clínica en general. Nos remitimos pues a lo dicho sobre esto en otras oportunidades. Quizá convenga repetir, sin embargo, que sólo se justifica una investigación hecha con ancianos si no existe ninguna otra posibilidad para conocer un hecho biológico o psicológico característico de la vejez, que observarlo en ellos mismos.

7. La ética del morir y la eutanasia. Este punto quiero dejarlo planteado sólo como un problema real y cuyo análisis nos llevaría por sí solo una revisión extensa, porque es indudable que el profesional de la salud tiene que interiorizarse muy profundamente en los enfoques bioéticos de estos dilemas tan cruciales en la etapa final de la vida del anciano.

El envejecimiento como fenómeno biológico, psicosocial e histórico tiene, sin duda, aspectos específicos en cuanto a los problemas morales que plantea, en tanto la actividad del individuo senescente expresa una búsqueda de su autoafirmación que puede o no corresponderse con lo que el grupo social al que pertenece espera de él, y que a su vez no siempre está bien definido, debido a que las normas morales que como conjunto están vigentes para una generación, a menudo no corresponden exactamente a las que prescribe en la siguiente. En la discusión sobre la vejez encuentran lugar tanto el hábito y la costumbre como el carácter moral debido a ello.

Como puntos de análisis para la atención del anciano pudieran considerarse los siguientes:

La relación anciano-anciano. En esta relación se generan conflictos que parten de la rigidez de criterios propia de este período de la existencia, ya sea que la posición del individuo en cuestión esté a favor o en contra de las costumbres vigentes.

La relación anciano-grupo social. Ésta ha variado a través de la historia, desde la reverencia propia de las culturas más antiguas en las que la tradición oral confería al anciano un papel de elemento indispensable para la conservación de la identidad del grupo humano, hasta la concepción del individuo mayor como consumidor no productivo al que es necesario eliminar, hecho característico en algunos grupos de esquimales.

La relación anciano-familia. Aparecen elementos que se introducen a partir de las diferencias intergeneracionales en las que se entremezclan elementos afectivos que, positivos o negativos, matizan la relación en cada caso y van desde la sobreprotección hasta el maltrato y la franca violencia que dan lugar a violaciones de la ética que puede tener influencia determinante en la salud del anciano.

La relación anciano-trabajadores de la salud. Se ha considerado al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás; surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.²²

A manera de conclusiones, quisiera proponer las siguientes ideas:

1. La puesta en práctica de un abordaje médico equilibrado, donde se incluyan los fenómenos demográficos, el proceso de envejecimiento, los avances científicos y los aspectos éticos; esto debe resultar en el respeto a la integridad individual y social del anciano.²³
2. Que las sociedades que supra-valoran la eficiencia, la juventud y la cultura del cuerpo acaban por ser especialmente insensibles para ponderar los profundos

22 Couso-Seoane, Clemente, Maribel Zamora Anglada, Ileana Purón Iglesias, Inés Aurora del Pino Boytel, "La bioética y los problemas del adulto mayor". Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba. 2002, <https://acervo.portaldoenvelhecimento.com.br/artigos/maio2007/bioetica.pdf>.

23 Mercado R., Cristian, "Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas", en *Acta Bioética*, 2001, año VII, núm. 1, pp. 129-41.

valores de humanidad y de experiencia presentes en la ancianidad.

3. La comprensión que una sociedad muestra hacia el anciano es un indicador muy sensible, sobre el grado de mayoría de edad de esa sociedad, así como de su capacidad de *con-sentir* y de *com-padecer*.
4. Si nuestra sociedad no es generosa con sus ancianos, ¿con quién y por qué hay que ser generoso?

Referencias bibliográficas

Aída Borges-Yáñez *et al.*, “Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana en la Ciudad de México”, *Revista Salud Pública*, vol. 38, núm. 6, 1996, México, pp. 475-486, sitio web <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5960>.

Beauvoir Simone de, *La Vejez*, Editorial Hermes, 1983, México.
Couso-Seoane, Clemente, Maribel Zamora Anglada, Ileana Purón Iglesias, Inés Aurora del Pino Boytel, “La bioética y los problemas del adulto mayor”. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba. 2002, <https://acervo.portaldoenvelhecimento.com.br/artigos/maio2007/bioetica.pdf>.

Franca-Tarragó, Omar, *Ética y asistencia al anciano*, Universidad Católica de Chile, Chile, 1996.

Lolas Stpeke, Fernando, “Bioética y Vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico”, Universidad de Chile, Chile, 2000, https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf.

Margil Gómez, Miguel, “Bioética y ancianidad”. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital “San Jorge”, Madrid, 2000. <http://www.msc.es/insalud/hospitales/sanjorge/r3/bioetica>.

- Mercado R., Cristian, “Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas”, en *Acta Bioética*, 2001. Año VII, núm. 1, pp. 129-41.
- Reyes Carnejo, Teresa, Eduardo Triana Álvarez, Neyda Matos Pérez, José Ramón Acosta, “Salud en la tercera edad y calidad de vida”, Centro Gerontológico Colón. La Habana, Cuba, en Silo Tips, enero 28, 2017, <https://silo.tips/download/salud-en-la-tercera-edad-y-calidad-de-vida#>.
- Roqué Sánchez María Victoria y Javier Pérez Guerrero, “Bioética geriátrica”, en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 12, núm. 1, 2002, pp. 26-30.
- Secretaría de Salud, “Programa de Acción: Atención al Envejecimiento”, en Programa Nacional de Salud, México 2001-2006; y Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Adulto y Anciano. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Atención al Adulto y Anciano, 1999, México.
- Zamora Anglada, Maribel, Ileana Purón Iglesias, Inés Aurora del Pino Boytel, “La bioética y los problemas del adulto mayor”. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba. 2002, <https://acervo.portaldoenvelhecimento.com.br/artigos/maio2007/bioetica.pdf>.