

Consideraciones bioéticas en la atención del envejecimiento

Orlando I. Piña Basulto*

RESUMEN

Desde hace poco más de 30 años, el envejecimiento poblacional mundial se ha vuelto un hecho sin precedentes. Incluso, lo que no se logró en la I Asamblea Mundial de Envejecimiento en 1982, se concretó en la II Asamblea, en Madrid 2002, con la firma y compromiso de la mayor parte de los países agrupados en la ONU, de un Plan de Acción Internacional que enfrente los retos que este envejecimiento implica. Se incrementarán las demandas de servicios médicos, asistenciales y socioculturales para que el envejecimiento de los individuos sea saludable. Esto implica discusiones en torno a la asignación, priorización y apropiación de recursos humanos y materiales. Tendrán que hacerse desde un enfoque gerontológico y bioético y no sólo geriátrico-médico y administrativo.

Cada vez se requerirá mayor número de profesionales en gerontología y expertos en el campo bioético. Mientras se logra esta profesionalización, todos los que estamos de alguna manera participando en la atención sociosanitaria y hemos recibido alguna información, conocimiento o experiencia en bioética, debemos colaborar difundiendo y divulgando entre nuestros colegas, por ejemplo, la evolución de los conceptos bioéticos.

Palabras clave: bioética, envejecimiento poblacional, gerontología, asignación de recursos.

ABSTRACT

Since thirty years ago, the sheer number of older adults in the world is evident, even in development countries. But it was until the II World Assembly on Aging, in Madrid in April 2002, that an International Plan of Action on Aging was signed for the majority of the UNO-members. Since that time, issues relevant to older adults have assumed greater social importance. In the next 30 years, the demands of appropriate health and social services to support active aging will be increased. These challenges include discussions about allotment, priorities, financial resources, and adequate professional human workers. We need a focus based in gerontology and bioethics more than only in a geriatric medicine and administrative.

There is a need for human resources to be trained and educated to understand the different health and social needs of an aging population e.g. gerontologist and bioethicists. In the meantime, all of us, whom have some experience, information or knowledge in those themes, must share, e.g. among the medical professionals.

Key words: Bioethic, population aging, Gerontology, Allocation.

Aunque en el mundo la población adulta mayor de 60 años ha ido aumentando desde el siglo pasado, principalmente en los países desarrollados y de la vieja Europa, es hasta hace un poco más de 30 años que este envejecimiento es visto como un hecho sin precedentes,

incluso en países en vías de desarrollo, como México.^{1,2} Después de la II Asamblea Mundial de Envejecimiento celebrada en Madrid, en 2002, países como el nuestro, conscientes de haber signado un pacto para participar en un Plan de Acción Internacional que enfrente los retos que este envejecimiento trae aparejados, han iniciado programas y proyectos al respecto.²

Nunca está de más insistir en que este envejecimiento poblacional no debe verse como algo negativo, sino como una consecuencia positiva de los avances médicos, tecnológicos y cambios culturales, que han disminuido la mortalidad e incrementado la esperanza de vida, que aunados a la disminución en las tasas de fecundidad y natalidad, explican este incremento en este sector poblacional.

Al incrementarse las demandas de servicios médicos, asistenciales y socioculturales, que implican envejecimiento saludable y activo, aumentarán las discusiones

* Médico dermatólogo. Centro de Especialidades Médicas. Director de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Mesoamericana de San Agustín, Mérida, Yuc.

Correspondencia: Dr. Orlando I Piña Basulto. Calle 60 núm. 329-B interior 306. Mérida 97000 Yucatán. Correo electrónico: dr_opb@yahoo.com.mx

Recibido: 21 de agosto 2012. Aceptado: octubre 2012.

Este artículo debe citarse como: Piña-Basulto OI. Consideraciones bioéticas en la atención del envejecimiento. Med Int Mex 2012;28(6):603-607.

de la asignación, priorización y apropiación de recursos humanos y materiales, ante la cada vez más creciente escasez de los mismos.³

Entre las recomendaciones para atender las demandas de esta población están como algo importante la *formación* y capacitación de recursos humanos profesionalizados en Geriatría y en Gerontología. En Latinoamérica hemos insistido, desde hace más de una década, en que no sólo deberán “gerontolizarse las profesiones, sino también profesionalizar la Gerontología”.⁴

De manera conjunta con estos aspectos gerontológicos, también desde el siglo pasado, se han venido desarrollando conceptos bioéticos, que poco a poco han logrado permear en la mayor parte de las naciones y en sus ciudadanos, la importancia del enfoque bioético en todos los campos que conciernen a la vida humana, animal y de nuestro planeta.^{5,6,7}

En virtud de la gran cantidad de información y posturas ideológicas y filosóficas que actualmente existen acerca de la bioética, cada día se requerirá que más interesados en el tema adquieran una formación y capacitación sistematizada a través de diplomados, licenciaturas, maestrías e incluso doctorados. Lo mismo está sucediendo con la Gerontología, como expresamos antes. Mientras se logra esta profesionalización, los que de alguna manera participamos en la atención socio-sanitaria de los nuevos retos que trae el envejecimiento poblacional e individual, aún sin ser expertos en bioética gerontológica, debemos colaborar con nuestra poca experiencia y los conocimientos adquiridos y aplicar en la vida real, para ir acordando y consensando la orientación bioética de la Gerontología.

Resumiré en algunos párrafos la evolución de los conceptos bioéticos partiendo de la publicación del libro *Bioética, un puente hacia el futuro* (1971) de Van Rensselaer Potter, hasta la aplicación de esta disciplina científica con un enfoque en la dignidad de los seres vivos, la justicia, equidad social y la aplicación de políticas públicas relacionadas con la atención socio sanitaria de la población envejeciente. De cómo se ha ampliado el enfoque principalmente relacionado con las ciencias de la salud hasta incluir a las ciencias sociales.⁸

Existen muchas definiciones de bioética. Una de ellas expresa: “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto que examina esta conducta a la luz de los valores y los principios morales”. Otras definiciones remarcan

que no es simplemente una nueva deontología profesional o una reformulación de la ética filosófica tradicional, sino más bien señalan el carácter de ética aplicada, laica, consensuada y discutida racionalmente, sobre asuntos que repercuten en el bienestar humano, la preservación del ambiente y la justicia social.⁹

Diego Gracia, en su método de la deliberación moral, expresó: “...la bioética es un proceso de deliberación acerca de los fines individuales y colectivos de la vida humana que no puede restringirse a los límites hospitalarios...ya que los objetivos de la vida humana son necesariamente sociales y políticos.”

Aunque la Bioética proviene de conceptos ético-filosóficos de más de 20 siglos, cuando Van Potter acuñó la palabra, prevalecía la ética médica tradicional centrada en la relación médico-paciente. Potter, en cambio, la entendió como una disciplina puente entre las ciencias biológicas y las humanidades e insistía en el diálogo entre ambos campos porque estaba en juego la supervivencia no sólo humana sino también la cultural y la de las naciones. En el decenio del 2000, filósofos como Leonardo Boff incluyeron al planeta en los temas bioéticos, “ya que todos moramos juntos en la única casa común: la Tierra”.

Casi simultáneamente el Institute of Society, Ethics and the Life Science, fundado por Daniel Callahan, comenzó a publicar bimestralmente *The Hastings Center Report*, cuya lectura es hasta la fecha de mucho interés para todos los profesionales implicados en el tema. En 1971 se inauguró, en la Universidad de Georgetown, el primer Instituto Universitario de Bioética, con el médico ginecoobstetra André Hellegers a la cabeza, que incluía un grupo de médicos, filósofos y teólogos. La visión de Hellegers difería de la de Potter, pues se enfocaba primordialmente a las cuestiones biomédicas occidentales. Entre sus alumnos destacaron los jesuitas españoles Francesc Abel y Javier Gafo, así como Diego Gracia. El primero, al concluir su formación, fundó en Barcelona el Instituto Borja de Bioética, uno de los pilares en la formación y difusión de esta disciplina científica. F. Abel subraya que si bien el origen del neologismo “bioética” se le atribuye a Potter, muchos de los conceptos y conclusiones de éste se habían expresado previamente por el humanista y catedrático de física de la Universidad de Cambridge: Charles Percy Snow (1905-1980).^{6,7}

En la evolución de la bioética también ha participado la Iglesia Católica. Las reflexiones de teólogos sobre el tema

son relevantes, sobre todo después del Concilio Vaticano II y la crisis postconciliar.¹⁰

El Informe Belmont, en 1978, en Estados Unidos, es un detonante en la creación de Comités de Bioética, con tres principios fundamentales: *respeto* a la autonomía individual, *beneficiencia* y *justicia*.⁸

Primero Callahan, seguido por John Rawls y Hans Jonas iniciaron en el decenio de 1970 la necesaria participación de la filosofía moral en los problemas éticos sociales y políticos; por ejemplo, la distribución de los recursos en la atención socio sanitaria de la población; ellos contribuyeron a dar mayor peso al principio de *justicia*, que había sido relegado a segundo término, por el de respeto a la *autonomía*. La justicia, en su dimensión social, será una de las principales preocupaciones bioéticas en este siglo XXI. Hans Jonas promueve el “principio de responsabilidad”. En sus obras establece los parámetros para una “filosofía de la biología”, de que es un error separar al hombre de la naturaleza como si estuviese desvinculado de otras formas de vida. Alertó acerca de los riesgos del progreso tecnológico global y su utilización inadecuada. Propuso un nuevo imperativo: “Actúa de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de la humanidad en la Tierra”.¹¹ Cuestionaba si nosotros tenemos el derecho de cambiar el patrimonio genético, incluso el del propio hombre. Ante la ignorancia de las consecuencias que pueden ocasionar los avances tecnológicos, lo mínimo que podemos tener es moderación, prudencia y responsabilidad. La praxis siempre debe ser objeto de una reflexión ética. La tecnología, sin esta reflexión, irá imponiendo nuevas reglas a la sociedad que en su mayoría, al ignorar los nuevos conocimientos, no tendrá poder para discernir o rechazarlos. Es una realidad el hecho de que algunos científicos e investigadores crean que la ciencia puede prescindir de valores éticos universales; además, muchos investigadores no son los que deciden o mandan sobre sus investigaciones, sino que están al servicio de terceros, quienes tienen el poder pero no necesariamente conciencia ética.

Beauchamp y Childress, formularon, basándose en el Informe Belmont, la teoría de los cuatro principios, publicada en su libro *Principios de ética biomédica* (1979). Estos son: 1) Autonomía, 2) No maleficencia, 3) Beneficiencia y 4) Justicia. Desde Aristóteles se ha considerado a la justicia como la más excelente de las virtudes. “La justicia distributiva determina, con criterios equitativos,

la distribución de los bienes sociales, considerando entre éstos a la salud como muy importante” (Graciela Vidiella). Desde el punto de vista de los derechos humanos, estos bienes deben ser garantizados por el Estado. El problema real es el gasto que se incrementa cada vez más con cada vez menos recursos. Cuando los derechos de uno afectan los derechos de otros, sobreviene el problema de determinar prioridades.

En la atención bioética del envejecimiento, una cuestión insoslayable serán los costos de la atención médica, para que ésta sea no sólo de calidad sino otorgada con equidad y justicia.^{12,13,14}

Existen al menos tres modelos de justicia sanitaria:

1) La teoría del justo título de Robert Nozick, de inspiración Lockeana, que se fundamenta en el Estado mínimo, con la propiedad como derecho básico y que no obliga a algunos ciudadanos a financiar las necesidades de otros. Tristram Engelhardt añade que la enfermedad es un hecho infortunado pero no una injusticia. Considera al libre mercado como un sistema justo.

2) La *Justicia como equidad*, de John Rawls, considera también a la libertad (autonomía de la persona) como un valor primordial, pero sin desatender la igualdad como otro valor fundamental. Incluye conceptos de participación y cooperación social, y a la responsabilidad como principio bioético. Norman Daniels, de la Universidad de Cambridge, fundamenta un acceso universal a la atención de la salud, considerando a ésta como un bien especial al que todos deberían poder acceder en igualdad de oportunidades. Se deberán diferenciar las necesidades de las preferencias o satisfactores, clasificarlos y priorizarlos, porque el límite al considerar a la salud como un derecho humano inalienable, son los recursos de que pueda disponer el Estado y la Sociedad.

3) La teoría de la *igualdad compleja*, de Michael Walzer, propone para la determinación de criterios de justicia y asignación de derechos una perspectiva *comunitarista*. Sostiene que los sujetos de los valores son, en primera instancia, las comunidades y no los individuos. En relación con la atención sanitaria se guía por un postulado de Marx: “de cada cual según sus recursos, a cada cual según sus necesidades socialmente reconocidas”. El mismo autor reconoce que la puesta en práctica de este modelo es difícil ya que históricamente los recursos siempre son menores al mayor número de necesidades y demandas de las poblaciones, independientemente de que, además,

como ha sucedido en muchas ocasiones, estos recursos sean mal utilizados o despilfarrados.¹⁵ Sólo para referirme a uno de los aspectos de la atención integral, como la atención médica, hay algunos médicos que consideran el ejercicio de la medicina privada o de libre elección “con patrones morales impregnados por individualismo, elitismo, egoísmo, y deshumanización, que conllevan al lucro con el sufrimiento de los demás y la mercantilización de la profesión”, y ponen a la medicina socializada como ejemplo de atención ética y humanitaria.¹⁶ Si bien es cierto que existen ejemplos de malos profesionales de la salud en países que se definen democráticos, como el nuestro, no todo es malo o inmoral,^{17,18} como tampoco no todo es idealmente bueno y ético en el ejercicio médico en países socialistas. Como acertadamente expresa el médico argentino Leonardo Slutzky ... “no puede asumirse la bioética únicamente en forma teórica, o como pretexto para criticar lo que hace el Estado, la sociedad o el otro, hay que ponerla en práctica en nuestro quehacer diario, corregir nuestros errores y superar los obstáculos que se nos presentan”.¹⁹

José Ramón Amor Pan⁷ infiere que son cuatro variables que hacen necesaria la aplicación de la bioética: 1) los avances biotecnológicos (descripción del código genético, técnicas de reproducción asistida, clonación, etc.) que convierten al ser humano en sujeto activo de la evolución, y obliga a preguntarse si todo lo posible de hacer es éticamente correcto. 2) Cambios en la atención de la salud y la relación médico-paciente, donde éste último deja de ser un ente pasivo para participar en la toma de decisiones y hacer respetar sus creencias y valores. 3) La cuestión ecológica (contaminación, deforestación, explosión demográfica y envejecimiento poblacional, el efecto invernadero, los riesgos de la energía nuclear, los derechos incipientes de los animales, etc.) con problemas todavía por resolver a pesar de los signos de alarma presentes desde hace décadas. Y 4) el pluralismo social. Nunca antes habían coexistido tal variedad de propuestas filosóficas, morales y religiosas interactuando en el mismo lugar. La bioética trata de alcanzar un consenso razonado mínimo sobre valores obligatorios, normas ineludibles y actitudes personales e institucionales necesarias para resolver los conflictos de este siglo y preservar este mundo cada vez más interdependiente, poli céntrico, transcultural y multirreligioso.

Ya Hans Kung,²⁰ desde 1980, había expresado: “sin moral, sin normas éticas universalmente obligantes,

las naciones se verán en la ruina económica, el desmoronamiento social y la catástrofe política”. Asimismo Francesc Abel dijo: “el diálogo bioético excluye, por definición, tanto los fundamentalismos religiosos como el postmodernismo radical que desconfía totalmente de la razón”. Este último ha recibido fuertes críticas por su posición bioética ante temas que los fundamentalistas católicos consideran innecesario discutir por ser dogmas de fe. En lo que todos concuerdan es en el respeto a la dignidad de la persona, como también señala el documento *Dignitas personae, sobre algunas cuestiones de bioética*, emitida por la Congregación para la doctrina de la Fe de la Iglesia Católica.

Parafraseando a Diego Gracia, la bioética nace y está creciendo como una ética civil o secular, no confesional, porque sus decisiones y recomendaciones no pueden justificarse apelando sólo a argumentos religiosos, ya que entonces sólo tendrían validez plena para los seguidores de cada una de las religiones y no servirían para ordenar la vida en toda la comunidad social. La libertad de conciencia es uno de los derechos fundamentales de la persona humana. Frente a la alternativa: religión o ética, él opina religión y ética.⁷

Tomando en cuenta lo antes expuesto sobre bioética y gerontología, y haciendo un “... procesamiento personal del conocimiento de autores expertos e importantes”, similar al referido por Jorge Luis Manzini en el prólogo del libro de Slutzky¹⁹ expresaré algunas consideraciones relacionadas con la atención socio sanitaria, con enfoque bioético para difundir y divulgar en los grandes tomadores de decisiones gerontológicas.

Es menester que todos los involucrados en la atención integral de la población adulta mayor, participemos coordinadamente para potenciar los recursos y esfuerzos disponibles. Por ejemplo, en México ya hemos iniciado este trabajo conjunto entre el INAPAM, DIF, Instituto de Geriatria, SSA-COESAEN, Universidades, Asociaciones de Adultos Mayores, y otras organizaciones, pero aún falta mucho por hacer. Necesitamos que nos escuchen los responsables de las políticas públicas y logremos convencerlos de que con objetivos operativos mínimos y metas realizables, podremos lograr un envejecimiento saludable, activo, participativo y equitativo. La atención socio sanitaria del envejecimiento individual y poblacional tiene un imperativo bioético que no se puede soslayar.^{15,17}

Si la sociedad y sus gobiernos no toman decisiones en la atención de la salud con un enfoque bioético, es posible que obtengamos nuevos y mejores medicamentos, nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, pero accesibles solamente a una minoría, mientras que la mayoría seguirá sufriendo padecimientos relacionados con el hambre, la pobreza y la falta de educación.^{3, 9, 14} Creo necesaria la impartición de Bioética como una asignatura curricular en los programas de licenciaturas como Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Gerontología y afines.

Tenemos que fomentar más la solidaridad intergeneracional e internacional.

La tendencia natural de los bioeticistas, incluidos los ibero-latinoamericanos, por ejemplo, Adela Cortina y Florencia Luna, es que las políticas y programas públicos en la atención sociosanitaria deberán estar orientados desde la perspectiva de los derechos humanos, donde la autonomía o libertad, el respeto a la dignidad de la persona, un sentido de justicia y corresponsabilidad, sean los valores predominantes.³

La formación en gerontología y la profesionalización de ésta, la visualizo como uno de los paradigmas en la aplicación bioética de la atención de la población senescente, en contraposición de quienes perciben el envejecimiento y a los adultos mayores, sólo como un nicho de mercado económico y socio-político en aumento.²¹

REFERENCIAS

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. 1ª ed. México, 2010;11-19.
2. Piña Basulto O. Apuntes para la historia de la gerontología en Yucatán. *Rev Biomédica México* 2003;14:205-210.
3. The World Health Report. Health systems financing. The path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. Disponible en español en: www.who.int/whr/2010/10_es.pdf
4. Piña Basulto O. Inquietudes y vicisitudes para la creación de una licenciatura en gerontología. En: Memorias del Primer Congreso Internacional de carreras de Grado y Pregrado en Gerontología. 1ª ed. Buenos Aires: Universidad Maimónides, 2010; 49-52.
5. Abel F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre, 2001;204.
6. Abel Francesc. De Cambridge a Harvard y Georgetown, pasando por V.R. Potter. *Rev Bioética y debat*. Instituto Borja de Bioética, Barcelona, Oct-Dic 2007; Edición Especial N° 50;1-5.
7. Amor Pan JR. Cuarenta años de bioética. *Revista Vida Nueva*. España, Marzo 2011;2744. Disponible en: www.bioetica-debat.org/publicaciones
8. Bermejo JC y Belda RM. Bioética y acción social. Madrid: Sal Terrae, 2006;110-115
9. Lolas F. La Bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Rev Panamericana de Salud Pública* 1999; 6:1
10. Documento-Instrucción: "Dignitas personae, sobre algunas cuestiones de bioética." Congregación para la doctrina de la Fe. Vaticano, Septiembre 2008.
11. De Siqueira José E. El principio de responsabilidad de Hans Jonas. *Acta Bioeth* 2001; 7(2):277-285.
12. Garrafa V, Kottow M, Saada A. Estatuto epistemológico de la bioética. UNAM-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2005, UNESCO.
13. Salles A, Florencia L. Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos. 1ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008;11-20.
14. Suárez Jiménez J. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Rev Cubana de Salud Pública* 2010;36(3):248-254.
15. Vidiella G. La Justicia en la Salud. Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008;393-416.
16. Pérez Suárez R, García-Sierra, Juan Carlos. Bioética en el adulto mayor. *GEROINFO*. RNPS 2110;2(2):2007. Disponible en: geroinfo@infomed.sld.cu
17. Fajardo Ortiz G. La bioética en la atención de los adultos mayores, México, Academia 2, FES Zaragoza, UNAM, 2ª reimpresión, 2004;189-192.
18. González Aragón J. Consideraciones éticas sobre la vejez. *Médico Moderno* 2011;49(4):42-51.
19. Slutzky L. Bioética Gerontológica. 1ª ed. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial, 2009;71-73.
20. Küng H. Declaración sobre la ética mundial. Chicago, 1993. Disponible en: www.religioustolerance.org/parliame.htm
21. Piña Basulto O. Bioética, Gerontología y Medicina anti envejecimiento. En: *Gerontología un enfoque interdisciplinario*. 1ª ed. México: UAEH, 2011;259-263.
22. Gutiérrez-Robledo L. Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria. Instituto de Geriatria. 1ª ed. México, 2010;22-36.