

SEGUNDA PARTE

BIODERECHO Y DERECHO A LA SALUD

DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE UNA PERSPECTIVA DEL BIODERECHO

Ingrid BRENA

SUMARIO: I. *Introducción. El problema.* II. *Los principios de la bioética internacional.* III. *Derecho a la protección de la salud.* IV. *Conclusiones.* V. *Bibliografía.*

I. INTRODUCCIÓN. EL PROBLEMA

La percepción social respecto de las personas mayores ha dependido de cada época y de cada cultura. Podemos encontrar desde visiones que han percibido al viejo como un ser respetable, lleno de sabiduría, útil, como un logrado ejemplo hacia las nuevas generaciones; pero desde otras, ha sido visto casi como un objeto que estorba, al que hay que prestarle alguna atención, la menor posible, y esperar a que muera. Entre estos extremos existen una gran gama de matices. ¿En dónde debe situarlos ahora el bioderecho?

Vivimos una etapa que inició en la mitad del siglo XX, en la cual la sociedad se ha preocupado por los derechos humanos de grupos específicos. Etnias, géneros, minoría de edad y capacidades diferentes han sido reconocidos en sus diversidades, pero con igualdad de derechos; sin embargo, había faltado la inclusión de grupos etarios de mayor edad. Tal vez, han sido los datos demográficos que mencionan 901 millones de personas mayores de sesenta años en 2015, un 48% sobre los 607 millones que había en 2000, y que para 2030 el número habrá crecido en un 56%, los que han hecho tomar conciencia del envejecimiento poblacional, hasta alcanzar un nivel global.

Por otra parte, los avances científicos y tecnológicos en la atención a la salud han aumentado en forma considerable el número de personas que viven más años. La vejez, olvidada por mucho tiempo, se ha hecho ahora

patente y se ha convertido en un asunto de urgente atención; los viejos no pueden ni deben ser marginados, ni tampoco sus derechos ignorados.

El adulto mayor es una persona que ha alcanzado determinada edad, envuelto en una variable de condiciones físicas dependientes de su herencia genética y de su estado de salud, pero también de aspectos emocionales, sociales y económicos. Este adulto mayor tiene derechos que no son distintos a los que ostentaba en su juventud, ya que éstos no han cambiado con el paso del tiempo; lo que ha variado es la forma en que esos derechos deben hacerse efectivos cuando la juventud se ha alejado.

En este capítulo me centraré en el derecho a la salud de las personas mayores y en el necesario conocimiento de los principios que comparten la bioética y el derecho, y que han sido enunciados tanto en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos como en distintas convenciones internacionales de derechos humanos: vulnerabilidad, dignidad, igualdad y no discriminación, autonomía, privacidad y confidencialidad, responsabilidad social y el de solidaridad familiar y social. Estos principios están relacionados unos con otros, y todos ellos permiten a los Estados y a los particulares, estar en condiciones de prestar una atención a la salud de las personas adultas mayores.

II. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA INTERNACIONAL

1. *Vulnerabilidad*

“Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas deberían tomar en cuenta la vulnerabilidad humana. Lo individuos y grupos especialmente vulnerables deberían estar protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”.¹

El envejecimiento se caracteriza por una historia de pérdidas físicas, mentales y sociales, que limitan al individuo biológica y socialmente. A esta mengua de facultades y por haber dejado la etapa más productiva de su vida, usualmente se agrega también una disminución en los ingresos económicos del mayor de edad. La debilidad física, y a veces mental, aunada a la falta de recursos, coloca a la persona mayor en un estado de vulnerabilidad. Sin embargo, las situaciones varían: para quienes disfrutaban de salud

¹ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 8o., adoptada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005.

y seguridad económica, la vejez se vislumbra como una etapa placentera de la vida, alejada ya de cargas laborales y con ciertos logros personales y económicos. En cambio, para quien carece de estos elementos, el precio por existir se torna excesivamente caro.

Por otra parte, el afortunado alargamiento de la esperanza de vida ha dado pie a la aparición de padecimientos mentales propios de la vejez. La demencia senil y el Alzheimer son algunos de los trastornos relacionados con la edad avanzada, los cuales implican el deterioro de las capacidades de las personas en mayor o menor grado, hasta llegar a producir alguna discapacidad, que vuelve a la persona en dependiente.

En el terreno de la salud, la situación de vulnerabilidad genera en la población envejecida problemas característicos; además de su mayor susceptibilidad a enfermedades contagiosas, suelen tener padecimientos propios del deterioro; enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, traumatismos, deterioro cognitivo, y factores de riesgo y discapacidad. Tomando en cuenta estas situaciones, las políticas públicas deben dirigirse a que la atención a la salud de las personas mayores sea tratada de una manera especial, que tome en cuenta su situación de fragilidad física y mental y su cercanía al final de su vida.

2. *Dignidad*

“Se habrá de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales”,² refiere la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La noción de dignidad se enlaza directamente con la del respeto incondicional a que es acreedora toda persona en razón de su mera condición humana.³ La exigencia del respeto a la dig-

² Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 3o.

³ Sin embargo, este carácter tan general de la noción de dignidad hace más que difícil, casi imposible, la tarea de definirla con precisión. Esta dificultad ha generado la percepción de que la “dignidad” es una noción vacía de contenido, o que da ocasión a que se le utilice con significaciones diversas, y en algunos casos hasta opuestas. Consideramos que ante esta problemática, la sentencia 1754/20015 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación proporciona una visión de la noción, que permite a los juzgadores saber cómo interpretarla. En palabras de nuestra Corte, “la dignidad es un principio que irradia todo el sistema jurídico y que informa la interpretación de las normas, así, vista como un valor fundamental, en su faceta objetiva, la dignidad se constituye en un principio del Estado de Derecho, mientras que, por otro, se constituye en un derecho humano que exige del Estado abstenerse de intervenir para no lastimarla, pero también lo obliga a protegerla en caso de verse menoscabada”.

nidad humana asume un papel clave, que estructura y da sentido último a todos los demás principios aplicables a las personas mayores.

Asimismo, la consecuencia directa del reconocimiento del principio general de dignidad es la aceptación del derecho de la persona a envejecer gozando del derecho a no ser tratada como objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada, y a que su proyecto de vida sea respetado. Los estereotipos actuales frente a la vejez suelen tener efectos negativos y lastimar la dignidad de las personas mayores, así como obstaculizarlas en la realización de su proyecto de vida, y, en ocasiones, llegar hasta su maltrato o abandono.

El principio de dignidad humana se vincula necesariamente con el derecho a una vida con calidad. La vida es el sustento y presupuesto de cualquier valor ulterior, y su protección está ligada a la integridad tanto física como mental. Sin embargo, si bien hay que tomar medidas para evitar la muerte de las personas mayores, también hay que adoptar aquellas que no sólo traten de alargar la vida, sino que se debe fomentar que la persona disfrute de ella con cierta calidad.

Existe una falta de acuerdo sobre el concepto “calidad de vida”, puesto que no hay un enfoque único que lo pueda definir y explicarlo totalmente. Para Ana Luisa González, es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo. El concepto de calidad de vida está unido a una evaluación de bienestar de los individuos y del ambiente en que se desenvuelven, habrá una evaluación general, pero es muy importante la estimación hecha por el individuo.⁴ Si bien la calidad de la vida es un concepto muy amplio, ésta tiene referencias precisas, como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones personales y la ausencia de violencia.⁵

El alargamiento de la vida no supone que las personas tengan que sufrir por ello, sino que, por el contrario, puedan disfrutar de esta última etapa

⁴ González-Celis Rangel, Ana Luisa, “Calidad de vida en el adulto mayor”, en Gutiérrez, Luis Miguel y Gutiérrez, Jesús (coords.), *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriatria, Secretaría de Salud, 2010, pp. 366-377.

⁵ Con toda propiedad la CIPDHPM menciona el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población, sin que resulten relevantes características diferenciadoras, como el sexo, la raza, la procedencia étnica o la contribución económica. Bajo el mismo tenor, el Plan de Acción Internacional de Madrid señala que la promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales son importantes para lograr una sociedad para todas las edades, con hincapié en la exigencia de recibir un trato justo y digno.

con cierta calidad. Actualmente, los avances de la ciencia y la tecnología permiten alargar la vida de las personas, pero ¿hasta dónde y bajo qué circunstancias esos avances les permiten mejores condiciones físicas o mentales? O, por el contrario, le significan someterse a procedimientos dolorosos y costosos a cambio de un mínimo de mejoras, las cuales, en algunos casos, llegan a provocar el agravamiento de su padecimiento.

En la última etapa de la existencia, la calidad de vida se relaciona íntimamente con la supresión del dolor, o por lo menos con su control, a través de cuidados paliativos, y deben evitarse las medidas desproporcionadas o inútiles tendientes a alargar la vida en situación de agonía, conocidas bajo el término de “obstinación terapéutica”.

3. *Igualdad, no discriminación y no estigmatización*

“Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad”.⁶ La igualdad, entendida como principio, implica su utilización como guía para la elaboración, interpretación y aplicación de las normas jurídicas. Este principio y el de dignidad son inseparables, puesto que no es admisible crear diferencias de trato entre seres humanos sólo porque entre ellos no se correspondan. La igualdad implica el derecho de la persona a ser tratada en la misma forma; correlativo de este principio está el deber jurídico de la autoridad de garantizar el trato igual a las personas ubicadas en las mismas circunstancias.

“Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”.⁷ La discriminación no se basa exclusivamente en cuestiones de género, raza, etnia o condición social, ya que otros factores, como la consideración desigual de determinados grupos etarios, también la han generado. Las personas mayores han padecido una discriminación sistémica fuertemente arraigada en la organización y en el comportamiento de la sociedad. Existen innumerables referencias a textos jurídicos que están en contra de la discriminación, entre ellos nuestra Constitución.⁸ Referidas expresamente a los mayores de edad,

⁶ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 10.

⁷ *Ibidem*, artículo 11.

⁸ Artículo 1o.

tanto la CPEUM como la CIPDHPM prohíben la discriminación cuando ésta se fundamenta en la edad y en la vejez.

El principio de igualdad no se reduce exclusivamente al problema de la no discriminación, sino que se extiende para comprender la posibilidad de conferir un trato diferenciado a las personas cuando éste se justifique. Es decir, implica otorgar trato igualitario a las personas, pero también un trato diferenciado cuando existan distinciones relevantes que lo ameriten, como en el caso de la edad avanzada.

Este principio también implica el reconocimiento de la diversidad en atención al sexo, el género y las preferencias sexuales, sin diferencia en el trato. La referencia a la perspectiva de género tiene sentido por el concepto de la feminización del envejecimiento que es manejado por algunos instrumentos internacionales bajo distintos temas. Uno de éstos es la mayor longevidad de las mujeres, que trae como consecuencia su sobrevivencia respecto a sus parejas masculinas. Otro es el hecho de que la mujer alcance una mayor edad y esté divorciada o soltera, es decir, sola. Tales circunstancias descritas pueden derivar en un aislamiento físico y en escasez de recursos económicos para la mujer. Un factor más considerado en los documentos internacionales se genera por la mayor dedicación de las mujeres, (entiéndase hijas, nietas y nueras) al cuidado de las personas adultas mayores que vivan en el ámbito familiar, y cuya actividad generalmente pasa desapercibida.

La vejez *per se* no debe ser un elemento que justifique un trato discriminatorio en el sector salud. La persona mayor debe ser tratada de la misma forma que las demás, es decir, la atención médica que se les brinde debe garantizar el trato igual a las personas ubicadas en las mismas circunstancias. Sin embargo, como hemos dicho, el principio de igualdad no se reduce exclusivamente al problema de la no discriminación, sino que se extiende para comprender la posibilidad de conferir un trato diferenciado a las personas, de manera que quienes presten servicios de salud, sean entidades públicas o privadas, deben brindar un trato preferente a la persona mayor y tomando en cuenta, además, una perspectiva de género.

4. *Solidaridad familiar y social*

“Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos...”⁹

El círculo social más cercano al adulto mayor es el familiar. A pesar de las modificaciones que ha sufrido en su estructura, la familia sigue siendo

⁹ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 13.

hoy en día la unidad básica reconocida por la sociedad en la cual vive y se desarrolla el ser humano. Las relaciones jurídicas familiares generadoras de deberes, derechos y obligaciones surgen entre personas vinculadas por lazos de matrimonio, parentesco o concubinato. Sin embargo, la CIPDH extiende el concepto al de unidad doméstica y hogar, definida como el grupo de personas que cohabitan en una vivienda, comparten las comidas principales y atienden sus necesidades básicas, sin que sea necesario que existan lazos de parentesco entre ellos.¹⁰

Las personas mayores, salvo los casos de abandono o de personas sin parientes, viven en el seno de una familia o tienen familiares que se hacen o debieran hacerse cargo de ellas. Esta cercana convivencia motiva a cada miembro de la familia a observar entre ellos consideración, solidaridad y respeto recíprocos. El trato que el mayor de edad recibe en el seno de su familia puede representarle una diferencia trascendental, de manera que el fortalecimiento de la solidaridad familiar se ha convertido en un objetivo a alcanzar.

Esta solidaridad familiar tan necesaria debería presentarse de forma espontánea; sin embargo, esto no siempre ocurre, ya que en algunos casos, el anciano es incluso visto sólo como una persona incapaz de defender sus derechos patrimoniales, por lo que resulta fácil despojarlo de ellos, y si carece de bienes es considerado un estorbo. Estas posibilidades indican la necesidad de un cambio de percepción. Si la familia llega a tomar conciencia respecto de la situación de su adulto mayor, se puede lograr el respeto a sus derechos y dignidad.

El adulto mayor se desenvuelve generalmente en este ámbito y después transita a otros círculos, como grupos sociales específicos, espacios administrativos, judiciales y médicos. En todos ellos se requiere de solidaridad a quienes por su edad avanzada y estado de fragilidad demandan de una empatía. La solidaridad no se limita al cumplimiento de las obligaciones con respeto al adulto mayor, sino que es algo más; la solidaridad es una pauta de comportamiento que significa entender al otro, imaginarnos cómo se siente y qué necesita; la solidaridad es una actitud.

Los servicios de salud deben estar pendientes de las relaciones entre la persona mayor y su grupo familiar. Desde luego, la familia deberá estar informada en todo momento sobre la situación médica de su pariente y de las atenciones sanitarias que debe recibir y las que ellos puedan ofrecerle.

¹⁰ Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, artículo 2o.

Corresponde a quienes brinden atención sanitaria, informar a las familias, darles capacitación y apoyo, sobre todo en los casos en que sea adecuado el tratamiento ambulatorio, así como las medidas encaminadas a prevenir el aislamiento social del paciente.

5. *Responsabilidad social y salud*

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos estableció la responsabilidad social y la salud como uno más de los principios de la bioética.¹¹ La promoción, prevención y atención de la salud del adulto mayor, incluyendo sus condicionantes, tanto individual como colectiva, es un asunto que concierne a todos, sin exclusión alguna: a la comunidad de naciones, a los Estados, a las organizaciones públicas y privadas, al círculo familiar.

No pretendemos hacer un estudio exhaustivo de cuáles son las responsabilidades que debe asumir cada conglomerado social frente al adulto mayor, así, después de mencionar la responsabilidad y solidaridad familiares nos referiremos a la del Estado como principal actor. El Estado debe asumir su responsabilidad de brindar atención a la salud a las personas cuando éstas han llegado a la etapa final de su vida, ya sea a través de pensiones o prestación directa de servicios de salud cuando aquellas no pertenecen a ninguno de los sistemas de salud que prevea la atención médica a los mayores. La CIPDHPM prevé el derecho a la seguridad social,¹² y otros instrumentos internacionales se refieren al derecho a un seguro social, especialmente en aquellas situaciones, como la vejez, que conlleva la pérdida de los medios de subsistencia. Una vez reconocido el derecho a la seguridad social, el Estado está comprometido a ampliar y mejorar las coberturas de pensiones, sean contributivas o no contributivas, así como de adoptar medidas para incorporar mayor solidaridad a los sistemas de protección social.

6. *Autonomía y responsabilidad individual*

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetan-

¹¹ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 14.

¹² Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, artículo 17.

do la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.¹³

La autonomía se relaciona con las decisiones que tomamos sobre nuestra propia vida y con los valores que priorizamos. La autonomía como principio es reconocida en todos los instrumentos internacionales de derechos humanos. Sin embargo, ese reconocimiento no es suficiente; además, resulta necesario implementar medidas para hacerlo efectivo. La persona mayor, como cualquier otra, tiene el derecho a tomar decisiones, a definir y desarrollar un plan de vida propio, autónomo e independiente, basado en sus tradiciones y creencias. Pero este diseño de la propia vida debe ir acompañado de mecanismos que permitan su ejercicio y de políticas que permitan el acceso a la autorrealización de la persona mayor.

Mantener la autonomía del adulto mayor es uno de los objetivos a alcanzar, y proteger su estado de salud se convierte en factor clave para conservar su independencia. La autonomía en el ámbito de salud sólo se puede hacer efectiva a través de la implementación de los mecanismos y las políticas adecuados. En la atención a la salud, el mecanismo por excelencia para la expresión de la voluntad es el consentimiento informado, a través del cual el adulto mayor toma sus decisiones y expresa su voluntad en forma directa a los servicios de salud, aunque también puede expresar su voluntad a través de directrices anticipadas, las que se harán efectivas al momento en que la persona ya no esté en condiciones de manifestar su voluntad en forma directa, ya sea por alguna discapacidad o por el avanzado estado de su enfermedad. Otra opción para que el adulto mayor en situación terminal pueda expresar su voluntad es la designación de un tercero encargado de tomar decisiones en su nombre para el caso de que él se encuentre impedido para hacerlo.

7. *Consentimiento*

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada... 2. la investigación científica

¹³ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 5o.

sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada...¹⁴

Una auténtica expresión de la voluntad requiere de información previa. La persona mayor tiene derecho a conocer su estado de salud y las alternativas de tratamientos médicos, así como sus posibles consecuencias. La información que reciba el adulto mayor debe ser adecuada, clara, oportuna, disponible, accesible y comprensible, y debe tener en cuenta la identidad cultural, el nivel educativo y necesidades de comunicación, edad, estado de salud y su especial situación de fragilidad.

8. *Subrogación en adultos mayores carentes de la capacidad para dar su consentimiento*

Afortunadamente, la apreciación social de la discapacidad ha avanzado notablemente en los últimos años, y ésta se ha visto reflejada en los diversos modelos que la doctrina ha creado para atender a quienes padecen alguna discapacidad. A partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se ha procurado instaurar el modelo social de atención, que responsabiliza a la sociedad de no atender adecuadamente las limitaciones de las personas con discapacidad. Uno de los puntos centrales de esta Convención y en el que insiste, es el reconocimiento de la autonomía de las personas con discapacidad de acuerdo con sus circunstancias, para que sean ellas las que puedan tomar las decisiones que les afecten.

Cuando el adulto mayor padezca alguna discapacidad mental, situación más común de la deseable, el personal de salud que lo atienda deberá tomar en cuenta el modelo de asistencia, el que a su vez forma parte del modelo social, en la toma de decisiones cuya aplicación se desarrolla a partir de la Convención antes mencionada. Este modelo implica reconocer cierta autonomía de las personas mayores que padezcan alguna discapacidad mental, para que sean ellas las que puedan tomar las decisiones que les afecten, y sólo cuando lo requieran que sean asistidas en la toma de decisiones por alguien de su confianza, capaz de hacerles entender su estado de salud y las diversas alternativas terapéuticas que se les ofrecen. Habrá, sin embargo, casos extremos en que esa alternativa no pueda implementarse debido al deterioro de la persona, que hace imposible conocer su voluntad,

¹⁴ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 6o.

porque ella ya no puede transmitirla o porque su incapacidad mental es tal que ya no se puede referir una voluntad. Sólo en estos casos extremos, en sustitución, el consentimiento deberá ser proporcionado por quien represente legalmente al adulto mayor.

9. *Privacidad y confidencialidad*

“La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse...”¹⁵

La persona mayor tiene el derecho a mantener su intimidad alejada de intromisiones, sobre todo en aquellos actos en que esa intimidad no afecta ni impacta el derecho de los demás. En estos casos, cualquier injerencia externa es injustificable, incluso la de la familia. Sólo en caso de afectación a la familia o a la sociedad plenamente justificada se permitiría una intrusión. De manera que sólo la persona mayor es quien puede decidir de forma autónoma mantener o compartir su intimidad.

El deber de confidencialidad es una manifestación del derecho a la privacidad, pues quien tiene en su poder o resguarda datos de la vida privada de la persona, debe abstenerse de difundirlos.

En no pocas ocasiones el paciente adulto mayor recibe por parte del personal de salud, el trato de un objeto al que hay que mantener aseado, sobre el cual se deben cumplir las indicaciones que el médico ha dejado. Sin embargo, sus acciones descuidan los sentimientos de pudor de la persona violando su dignidad y su privacidad. Son necesarios protocolos hospitalarios o de atención externa a pacientes adultos mayores que permitan a éstos mantener su intimidad alejada de intromisiones. La difusión y revelación de datos de la vida privada de las personas mayores debe evitarse, y su derecho a la privacidad, garantizado, en especial cuando se reciben servicios de cuidado a largo plazo.

III. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Si bien no podemos pretender que la salud del adulto mayor comprenda el completo estado de bienestar físico y mental que toda persona debe gozar,

¹⁵ Artículo 9o. de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

como lo refiere la OMS,¹⁶ sí podemos adaptar estos conceptos a las condiciones de cada persona mayor de edad y procurarles la mejor atención médica posible. Esta atención debe atender los principios enunciados en esta presentación, que al mismo tiempo que forman parte de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005 son también los principios jurídicos que deben ser tomados en cuenta en la protección de derechos humanos.

La atención a la salud del adulto mayor debe partir de un esquema integral desde la prevención, la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales, incluyendo los cuidados paliativos y el manejo apropiado del miedo a la muerte.

Los estilos de vida sana deben desarrollarse desde la juventud, por lo que la prevención de enfermedades debe referirse a todo el ciclo vital, y no sólo a la última etapa de la vida, aunque en esta etapa cobre especial importancia desarrollar medidas preventivas, como la correcta alimentación o el ejercicio moderado o la eliminación de adicciones. Tomando en cuenta la especial situación de vulnerabilidad del adulto mayor, es importante limitar el impacto de factores de riesgo, como contaminación ambiental, tabaquismos, sedentarismo, la violencia a que pudieran estar expuestos. Los problemas de salud mental que en esta etapa son frecuentes, y en algunos casos el abuso de drogas¹⁷ no hace sino agravar el estado de vulnerabilidad.

El adulto mayor usualmente se verá afectado con padecimientos que requerirán de cuidados a largo plazo, los cuales deberán ser impartidos atendiendo a las condiciones sociales y económicas en que éste se desenvuelve.¹⁸ Asimismo, la atención médica que reciban deberá considerar la perspectiva de género, la cultura y el estado físico y mental¹⁹ del adulto mayor, con el fin de que ellos reciban un trato apropiado, sin ningún tipo de discriminación.

¹⁶ La Corte Constitucional de Colombia ha definido a la salud como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, Véase Sentencia T-184/11, Bogotá, 15 de marzo de 2011, disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-184-11.htm>.

¹⁷ Gutiérrez, Luis Miguel, “México y la revolución de la longevidad en envejecimiento humano”, en Gutiérrez, Luis Miguel y Gutiérrez, Jesús (coords.), *Envejecimiento humano...*, cit., pp. 21-36.

¹⁸ Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, artículo 12, párrafo 1.

¹⁹ *Ibidem*, párrafo 3.

Pero los servicios médicos no deben limitarse a cuidar los aspectos físicos del paciente, sino que además tendrán que estar pendientes de promover su autorrealización, independencia, autonomía, e incluso su participación en la comunidad en la que residan,²⁰ así como promover la interacción familiar y sus relaciones afectivas.

El respeto a la voluntad libre y expresa de la persona mayor²¹ sólo se logra con la garantía de una oportuna y suficiente información. Para confirmar que el paciente reciba una información adecuada es conveniente asegurar su acceso a la información contenida en sus expedientes y la comunicación directa que establezca con el médico que lo atienda. Si la persona padece además alguna discapacidad, se deben establecer los mecanismos para que ella reciba asistencia o representación en la toma de decisiones. Por otra parte, deben destinar los servicios que sean necesarios para prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades,²² y cuando las discapacidades ya estén presentes en el adulto mayor, los servicios médicos deberán contar con la infraestructura, el mobiliario y el equipo que permitan atender a las necesidades de la persona.

IV. CONCLUSIONES

La vejez trae consigo cambios que ante la ausencia de una adecuada respuesta social y organizada se ha transformado en problema, y éste a su vez se ha potencializado.²³ El bioderecho cuenta con las herramientas que le proporcionan los principios de la bioética, pero también con los derechos humanos reconocidos al adulto mayor. La combinación de principios y derechos permitirá encaminar políticas públicas destinadas a la atención de las personas mayores en el ámbito de la salud.

Esas políticas, por un lado, deben garantizar la atención médica suficiente, con calidad y, sobre todo, bajo un enfoque especializado que tome en cuenta la vulnerabilidad del adulto mayor pero, por el otro, se debe asegurar que la sociedad no los discrimine ni los estigmatice, sino por el contrario, que los incorpore. Se ha tornado necesario reconstruir el paradigma para

²⁰ Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, artículo 22.

²¹ *Ibidem*, inciso a.

²² Artículo 25, incisos a-e, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

²³ González-Celis Rangel, Ana Luisa, “Calidad de vida...”, *cit.*, p. 366.

que el envejecimiento sea visto como un proceso gradual que se desarrolla a lo largo de la vida, y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias. Tomar en cuenta este proceso permite reconocer a la persona mayor como sujeto de derechos, que, en ocasiones, requiere de medidas especiales para hacerlos efectivos.

Pero, ante todo, hay que enfatizar que la solución a los problemas de salud de los ancianos requiere más que un simple acceso a servicios médicos. Se necesita un cambio cultural que reconozca que el viejo o vieja, si bien han perdido sus fuerzas para continuar trabajando y sus capacidades físicas y mentales se han reducido, han adquirido, en cambio, conocimiento y experiencia. Ese grupo, en su momento de plenitud, trabajó, se responsabilizó de una familia, y ahora corresponde a esa sociedad reconstruir su visión respecto a la vejez y reconocer y apoyar solidariamente a los adultos mayores.

V. BIBLIOGRAFÍA

- GONZÁLEZ-CELIS RANGEL, Ana Luisa, “Calidad de vida en el adulto mayor”, en GUTIÉRREZ, Luis Miguel y GUTIÉRREZ, Jesús (coords.), *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud, 2010.
- GUTIÉRREZ, Luis Miguel, “México y la revolución de la longevidad”, en GUTIÉRREZ, Luis Miguel y GUTIÉRREZ, Jesús (coords.), *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud, 2010.
- JUSSARE DE AZAMBUJA, Losch *et al.*, “Envejecimiento e bioética”, en *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, España, UNESCO-Cátedra UNESCO de Bioética-Universidad de Barcelona-Observatorio de Bioética i Derecho-Civitas-Reuters, 2012.
- NIETO *et al.*, “Calidad de vida en el adulto mayor”, en GUTIÉRREZ, Luis Miguel y GUTIÉRREZ, Jesús (coords.), *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriátría, Secretaría de Salud, 2010.