

BIOÉTICA Y ENVEJECIMIENTO¹



Dra. María Casado²

Introducción

La forma de recorrer la última parte de la vida atañe a todos y cada uno de nosotros; no obstante, nuestra cultura ha generado un tabú al respecto y cuesta abordarlo tanto de forma individual como colectiva. Aun si sabemos que todos nacemos para morir y que lo importante es vivir bien la vida mientras la tenemos, evitamos tratar esta cuestión y si lo hacemos es a través de generalizaciones y ambigüedades, sin aceptar esa fase del itinerario vital. Ello impide establecer previsiones sobre cómo queremos vivir —y morir incluso— cuando llegue el momento en que ya no seamos capaces de decidirlo por nosotros mismos.

El envejecimiento es un proceso que transforma a un sujeto adulto de buena salud en un individuo frágil, cuya competencia y reservas de energía disminuyen, lo que lo vuelve más vulnerable a la mayoría de las enfermedades. Pero esa transformación no está reservada a la última parte de la vida, sino que es el resultado de mecanismos biológicos continuos que se suceden a ritmos distintos. Hay factores intrínsecos analizados por biólogos, médicos y genetistas pero, por el momento, no se sabe aún lo suficiente

¹ Los rasgos básicos de este trabajo fueron presentados en mi intervención sobre “Los aspectos bioéticos del envejecimiento” y fueron debatidos en la reunión interdisciplinar que tuvo lugar el día 7 de marzo de 2017 en la Universidad Iberoamericana de México, a la que agradezco su invitación a dicha sesión y a preparar este artículo. Desde puntos de vista diversos, y a lo largo de toda mi carrera académica, me he ocupado del proceso de envejecimiento, de las consecuencias de los diagnósticos precoces en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias seniles, de la buena muerte y la eutanasia, de los testamentos vitales, de los derechos de los pacientes, de la objeción de conciencia y de cuantos temas bioéticos se relacionan con el final de la vida, la autonomía de las personas, la justicia y la mercantilización de las relaciones humanas. Por ello, el presente texto resume y actualiza diversos trabajos en los que he tratado este tema, el cual tiene una importancia cada vez mayor en nuestras sociedades que de forma progresiva envejecen. Además de los documentos y artículos que ya se citan en sus lugares correspondientes, debo citar en especial algunos libros cuyas páginas se recogen en este artículo, tales como: Casado, M. (coord.), *El Alzheimer: problemas éticos y jurídicos*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2002; Casado, M. (coord.), *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Ed. Cívitas, 2009; y Casado, M. (coord.), *De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio biotecnológico*. Ed. Fontamara, 2016.

² Catedrática Acreditada y Profesora Titular de Filosofía del Derecho, Directora del Observatorio de Bioética y Derecho, Cátedra Unesco de Bioética, Universidad de Barcelona.

sobre ellos como para identificar los genes que realizan las funciones del envejecimiento, mas que en casos muy determinados. Además, junto a dichos factores intrínsecos entran en juego otros extrínsecos, como las condiciones generales de vida, de trabajo, de nutrición o de higiene, la educación, el estatus, la geografía, el ambiente y otras circunstancias de carácter socioeconómico que influyen de manera considerable en la salud de las personas y de las poblaciones. Se trata de determinantes sociales de salud, bien conocidos en salud pública, que desarrollan un importante papel en el proceso de envejecimiento.

En general, el aumento de la expectativa de vida repercute en el aumento de las personas con dependencia física y psíquica; y cuando las personas se hacen mayores e incapaces de valerse por sí mismas cabe acudir a dos alternativas: o bien se les cuida en el domicilio o bien se les lleva a una institución especializada. En el caso de los cuidados a domicilio hay que resaltar que hacen falta cuidadores y esto es una profesión —al dejar aparte todas las connotaciones afectivas que pudiera haber—. Con frecuencia se omite explicitar la feminización de los cuidados, cuestión muy importante en este ámbito, ya que, en la mayoría de los supuestos, tendríamos que hacer referencia a las “cuidadoras”. Y otro dato más: cuando el cuidado del enfermo discapacitado, por una demencia senil, se hace en casa es la hija quien lo cuida. Hay estadísticas alarmantes al respecto, pues esa realidad tiene un gran significado e impacto en las vidas intelectuales y profesionales de las mujeres, que no sólo asumen la crianza de los hijos, sino también el cuidado de los ancianos.

Esto sucede en un contexto social centrado en la autonomía de las personas y en la libertad para tomar decisiones propias, de acuerdo con los valores y las preferencias de cada uno. Todo el sistema social, político y económico está basado en la presunción de que, superada la niñez y la adolescencia, somos seres con plena autonomía y será así siempre. Sin embargo, ello no es cierto, pues hay personas que necesitan ser cuidadas y que alguien ha de hacerlo se pone de manifiesto de forma reiterada; aunque parece ser que preferimos no afrontarlo y no pensar en ello.

Se tiende a creer que cualquier enfermedad o limitación será temporal y que la medicina nos curará y volveremos al estado de autonomía y plenitud previo. A pesar de que no siempre es así, ese es el tratamiento que por lo habitual damos a la enfermedad, a la discapacidad, a la fragilidad, al envejecimiento. Con esta finalidad se han creado hospitales y todo tipo de instituciones y residencias que desempeñan funciones valiosas para la sociedad, pero que, en algunos casos, no han logrado que la vida de las personas que acogen siga siendo plena y valiosa para ellas. Hemos logrado alargar los años de vida, pero no llenar de “vida los años”, como proponía el conocido lema.

Aspectos sociales

La esperanza de vida en el mundo occidental se ha elevado más y más; al mismo tiempo que la población crece de forma exponencial, la franja de mayores de 80 años aumenta

aún en mayor proporción. Los estudios demográficos señalan que la esperanza de vida crece unos tres meses por año —con una diferencia constante a favor de las mujeres— y que el aumento de la población de la tercera edad no se verá compensado por el nacimiento de nuevos niños en la misma proporción; este es uno de los mayores problemas a que se enfrentarán las sociedades occidentales en los próximos decenios.

Estos datos son relevantes para una sociedad más envejecida y en la que cada vez habrá menor número de jóvenes. El equilibrio de la sociedad descansa en el conjunto de sus miembros y para conseguirlo hay que evitar generar procesos de exclusión, contrarios al respeto a los Derechos Humanos. Por ello nuestra sociedad tiene la obligación de priorizar la prevención y el cuidado de la calidad de vida de los ancianos al mantener su autonomía, tan ligada a la dignidad de la persona. Valga de ejemplo la doble protección que se requiere establecer para garantizar la igualdad de acceso a las prestaciones a personas mayores sin *handicap* —la edad nunca debe ser determinante del acceso— y la necesidad de acciones especiales en los otros casos, como la prevención y el aumento de los servicios de geriatría y de la investigación clínica, básica y social en estos problemas.

Aunque se hayan hecho intentos para cuantificar y jerarquizar las prestaciones que el sistema debe otorgar, no se dispone de coeficiente alguno que indique qué parte del esfuerzo económico colectivo debe dedicarse a sufragar gastos sanitarios, a pesar de que se han llevado a cabo algunos intentos de priorizar las prestaciones de acuerdo con sistemas de participación democrática. Se trata de elecciones claramente políticas —en el mejor de los sentidos—, que deben estar precedidas por un debate social en realidad democrático. En uno de sus interesantes informes,³ el Comité Nacional de Ética francés señala de manera específica la dimensión ética que tienen las opciones en las políticas públicas de salud, ya que la priorización del gasto que se realiza y el establecimiento de un catálogo de las prestaciones que se otorgan tienen repercusiones determinantes para la salud y la calidad de vida de los individuos. Por ello se recomienda establecer procedimientos de resolución de conflictos, pues estos suelen producirse al colisionar las aspiraciones individuales y las necesidades colectivas. Ello no sólo entre las diversas partidas destinadas a salud, sino también entre lo destinado a salud y lo que se otorga a otros servicios y prestaciones que son igual de cruciales para el bienestar colectivo, como puede ser el caso de las prestaciones de jubilación y desempleo o de educación. Entre el personal de sanidad existe un importante debate sobre el cambio de los objetivos de la medicina en función del impacto de las aplicaciones de las biotecnologías sanitarias; a ese debate deberían sumarse los ciudadanos desde todos los campos profesionales y todos los sectores sociales. Porque los asuntos de la salud incumben a todos y las elecciones a tomar en este campo son decisiones colectivas y no sólo de técnicos.⁴

³ *Avis 57*, Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Disponible en: <www.ccn-ethique.fr>.

⁴ Son de interés en este ámbito los dos informes del Comité de Bioética de Cataluña, “Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida”, 2010, y “Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento”, 2010. Disponibles en: <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir89/spbioe00.htm>>.

Puede decirse que existe cierto consenso, al menos en lo que se refiere a priorizar las medidas que corrijan las desigualdades y permitan acceder a los ciudadanos más desfavorecidos a los servicios sanitarios. El problema estriba en ¿cómo hacerlo?, ¿hasta qué nivel de servicios?, ¿puede modularse la accesibilidad según modos de vida, edad o situaciones de exclusión? En el caso de las demencias seniles, por ejemplo, es importante la prevención, pero ¿cabe hablar de la misma manera de un derecho en el acceso a la prevención igual que en el disfrute de las terapias que hoy se consideran el aspecto central en las prestaciones sanitarias? ¿Existe un derecho a la educación sanitaria de los ciudadanos y, en ciertos aspectos, de los propios profesionales de la salud? Y bien sabemos que el aumento de la esperanza de vida y el mejor estado de salud de las personas se deben mucho a los tratamientos, pero aún más a las medidas higiénicas, al estilo de vida y a la alimentación.

Es constatable que —aun cuando se han iniciado procesos de cambio— en las historias clínicas y sociales se documenta poco la información referente a las preferencias de las personas mayores, ni siquiera en la designación de la persona de confianza; así mismo, son escasas las personas que otorgan voluntades anticipadas. De forma paradójica, disponemos de estándares para la evaluación de la salud y la seguridad, pero no contamos con métodos para evaluar el éxito de un centro para ayudar a “bien vivir” a sus residentes.⁵ La sobrevaloración de la seguridad sobre la libertad de opción y los márgenes de decisión de las personas parece dirigirse antes a tranquilizar a familiares y autoridades que a la calidad de vida de los implicados. Es sabido que reclamamos más seguridad para los demás y más libertad para uno mismo; el miedo a que los demás se equivoquen y “decidan mal” es el núcleo del paternalismo, no sólo médico sino familiar y social. Es frecuente que en los servicios de atención a las personas mayores se adopten también actitudes paternalistas, tanto por parte de los propios profesionales como de los cuidadores, que pueden anular la voluntad de la persona, en especial cuando está afectada de algún tipo de deterioro cognitivo, al producir en algunos casos una “incapacitación de hecho”, aunque se disponga de capacidades.

Asimismo, hay que tener en cuenta la desvalorización social del retiro y la jubilación. En una sociedad como la nuestra, que idolatra el consumo y la juventud, la marginación de la vejez, que por lo general además coincide con una baja del poder adquisitivo, es un claro peligro que debe ser tenido en cuenta. Aunque, en la actualidad, ya se hable de los nuevos consumidores *seniors* y se hayan creado y comercializado algunas formas culturales y de ocio pensadas para la edad de oro —gran eufemismo—, es evidente que a los ancianos en muchos casos se les aparta, lo que agrava su situación, pues es sabido que el aislamiento, la soledad, el no ejercitar las capacidades y la autonomía, genera más incapacidad y un envejecimiento mayor.

⁵ Atul Gawande, *Ser mortal*. Galaxia Gutenberg, 2015.

Decisiones individuales

Ocuparse de decidir por uno mismo en lo que concierne a la salud es un ejemplo de asunción de la autonomía; pero en el contexto descrito con anterioridad ¿qué puede hacer el ciudadano para preservar la autonomía, además de fomentar y participar en tales procesos y, si puede, incluso hacer un seguro que le garantice el acceso a todas las prestaciones necesarias?

Por lo habitual, los ancianos se incluyen en la categoría de “personas vulnerables”, tanto desde el punto de vista técnico como normativo. No parece conveniente insistir en la existencia de categorías distintas de personas vulnerables (niños, mujeres, personas que viven en la pobreza, personas con discapacidad, presos, etc.), más bien lo que hay son diferentes “capas de vulnerabilidad” que se pueden acumular en cada persona de modo tal que se incrementan las dificultades para ejercer plenamente la autonomía personal.⁶ Si se entiende la vulnerabilidad como un cúmulo de circunstancias que actúan como “capas” superpuestas, y no como categorías cerradas, es más fácil analizar las causas y, de esta manera, disminuir sus efectos negativos en las personas y colectivos afectados.⁷ Es por ello que ante el riesgo de que las personas mayores se vean perjudicadas en su desarrollo y en su integridad física y mental, en momentos, casos y circunstancias bien determinados, deben beneficiarse de una especial protección que les permita disfrutar en igualdad de los derechos y libertades fundamentales.

Apoyar y ayudar no faculta para sustituir, no obstante, se suele presuponer que buena parte de las personas mayores se encuentran en una situación de heteronomía y que, por tanto, precisan de la voluntad de otro que decida por ellos (los hijos u otras personas o instituciones), lo que se traduce en actitudes paternalistas y discriminatorias por razón de la edad. Es el llamado “edadismo”. Estas actitudes y conductas (de los familiares, de los profesionales y de los prestadores de servicios) causan un detrimento de la libertad de las personas mayores no siempre justificado. Preocupados por evitar que puedan hacerse cualquier tipo de daño tienden a establecer tanta vigilancia, controles y límites que se les anula y asfixia. Ello tiene su reflejo incluso en la normativa que prima por encima de todo a la “seguridad”. Es cierto que el ejercicio de la autonomía puede conllevar cierto riesgo, eso es siempre así y en todos los ámbitos; por ello, al menos al nivel de riesgo calculado, dicho ejercicio debería ser admitido y protegido en beneficio de la libertad y la dignidad de la persona.

En los debates sobre la autonomía de los ancianos, los temas sobre la familia y el entorno están muy presentes por la incidencia que tienen como facilitadores u obstructores de su ejercicio. Los familiares desarrollan diferentes roles que deben ser tenidos en cuenta en cualquier análisis ético que se efectúe sobre la toma de decisiones de las

⁶ Luna, F., “La declaración de la Unesco y la vulnerabilidad: la importancia de la metáfora de las capas”, en: Casado, M. (coord.), *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco*, Navarra: Aranzadi, 2009.

⁷ Véase: *Documento sobre bioética y discapacidad*, del “Observatorio de bioética y derecho” de la Universidad de Barcelona. Disponible en: <<http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08056.pdf>>.

personas mayores. A menudo son un elemento clave para la atención, el equilibrio emocional y el desarrollo de la persona, pero también pueden convertirse en un freno, incluso un obstáculo, para el desarrollo de la autonomía personal. Así, la actitud de los familiares más cercanos puede ser de respeto y cuidado hacia las personas mayores de la unidad de convivencia, pero también puede darse el caso de que actúe en sentido contrario. Un ejemplo cotidiano puede verse en los procesos asistenciales, en el ámbito de la salud y los servicios sociales, cuando la información sobre el estado de la persona la recibe la familia, en especial el cuidador principal, con la justificación de que es para “protegerlo” y para evitar que “le afecte psicológicamente”. Este protagonismo de los adláteres se extiende hasta la misma toma de decisiones al sustituirla a lo largo de todo el proceso, a menudo sin el consentimiento, ni el conocimiento, de la persona mayor afectada.⁸

El respeto a la libertad de la persona y a los derechos de los pacientes adquiere una especial relevancia en el marco de las relaciones asistenciales; ámbito en el que la autonomía de la persona constituye un elemento central y cuyas manifestaciones más evidentes se plasman en la necesidad de suministrar información y de recabar el consentimiento sobre las actuaciones terapéuticas que se deseen recibir, o no. La exigencia del consentimiento informado junto a la posibilidad de otorgar un documento de voluntades anticipadas están modificando a profundidad la tradición en las relaciones sanitarias dentro de nuestra cultura impregnada por el paternalismo médico que privaba a las personas de algunos de sus derechos en cuanto se convertían en pacientes; actitud que aún pervive de manera evidente cuando se trata con personas mayores.

Por eso, poder decidir cuando se posee capacidad para ello, y establecer disposiciones anticipadas —o testamentos vitales— para cuando ya uno no pueda hacerlo, si llegara desafortunadamente el caso, es una de las conquistas de mayor relevancia de los últimos tiempos.⁹ En España, la Ley 14/2002 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica regulan las voluntades anticipadas —instrucciones previas—. Al seguir lo establecido, el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, en vigor en nuestro país desde el 1º de enero de 2000, en su art. 9 instituye que: “Se tendrán en consideración los deseos expresados con anterioridad respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no esté en condiciones de hacer saber su voluntad”.

Es preciso valorar de manera positiva esta voluntad de cambio en las relaciones asistenciales, aunque hay que tener en cuenta que una innovación de tal envergadura en

⁸ Véase: Casado, M. (coord.), *El Alzheimer: problemas éticos y jurídicos*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2002. Más específico, en relación con el diagnóstico precoz de dicha enfermedad, el capítulo “Asedio compasivo: el doble filo del cuidar” de Buxó, M. J. y Casado, M. en el libro *Bioética y género*, coord. Casado, M., Luna, F. y Vázquez, R. para la Corte Suprema de la Ciudad de México, Ed. Fontamara, 2014. Véase: Buxó, M. J. y Casado, M. “Sobre la banalidad del mal y los cuidados: del asedio compasivo al apoyo inteligente”, en *Revista Perspectivas Bioéticas*, año 20, no. 37-38, pp. 37-45, 2015. Disponible en: <<http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/view/117/116>>.

⁹ Véanse: Royes, A., Casado, M. (coords.), *Repercusión e impacto normativo de los documentos del Observatorio de Bioética y Derecho sobre las voluntades anticipadas y sobre la eutanasia*, Observatorio de Bioética y Derecho, Barcelona, 2010, en el que se incluye un análisis de la normativa vigente tanto estatal como autonómica. Disponible en: <<http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/07894.pdf>>. Y asimismo, del año 2001, disponible en: <<http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/07907.pdf>>.

hábitos tan arraigados no tendrá lugar de forma rápida ni homogénea. Además, hay que tener presente que se requiere del empeño educativo de los responsables de las instituciones sanitarias, en especial de los comités de ética asistencial, así como de una decidida actitud de los ciudadanos en el ejercicio del derecho a tomar sus propias decisiones en estos campos. No pueden ignorarse tampoco las dificultades de carácter práctico que existen para que los documentos de voluntades anticipadas sean accesibles en los momentos y lugares en que se requiera conocer su existencia y su contenido. Por ello, conviene que se hagan llegar al centro sanitario en el que por lo general la persona es atendida y que se incorporen a la historia clínica. Además, para que la previsión establecida sea en verdad efectiva, conviene contar con un registro general de documentos de voluntades anticipadas o testamentos vitales que sea de fácil acceso a los profesionales sanitarios autorizados.

El testamento vital es un documento en el cual una persona manifiesta de manera fehaciente sus deseos sobre los tratamientos y actuaciones a los que no desea verse sometida, para anticipar el caso de que una enfermedad pudiese incapacitarle para expresarse por sí misma. Puede incluir, o no, la designación de una persona de la confianza del otorgante para que se encargue de interpretar el documento llegado el caso y para que cumpla la voluntad e incluso tome las decisiones pertinentes en el lugar de quien la designó. Los testamentos vitales y las disposiciones anticipadas pueden contener previsiones concretas sobre el rechazo a determinadas medidas, ser genéricos, o bien describir situaciones que la persona considera indignas y ante las cuales pide que no se haga nada o que se acelere la muerte —en este sentido suelen hacer una mención de acatamiento a la legislación vigente al respecto—. En el momento de otorgar el testamento vital se requiere plena capacidad y lucidez y, aunque puede firmarse ante testigos, se aconseja hacerlo ante notario para así darle mayor fuerza vinculante.

Recomendaciones efectuadas por el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho

Para promover la toma de conciencia sobre las implicaciones bioéticas del proceso de envejecimiento, el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) analizó los aspectos bioéticos relacionados con la vulnerabilidad y las limitaciones de la autonomía que afrontan las personas mayores en su “Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad”.¹⁰ El trabajo toma como referencias básicas la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, del año 2005, junto con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la ONU en 2006. Ambos documentos comparten el enfoque de que cualquier disminución de la capacidad debe tratarse desde la perspectiva general del respeto y la promoción de

¹⁰ Véase: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08532.pdf>, 2016, del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) Casado, M., Rodríguez, P. y Vilà, A. (coords).

los derechos humanos de las personas implicadas. Con base en esto, el OBD ha efectuado las propuestas y recomendaciones que se recogen a continuación:

En primer lugar señala la obligación de, por un lado, respetar la voluntad y las preferencias de las personas mayores en la toma de decisiones que les competen, puesto que es necesario velar por la dignidad y la autonomía —entendida como la capacidad de tomar las propias decisiones— de las personas mayores; y, por otro, de evitar el trato discriminatorio por razón de la edad, así como las actitudes paternalistas e infantilizadoras, ya que constituyen formas de maltrato.

Asimismo, se recomienda promover la toma de decisiones anticipadas de los ciudadanos, cuando aún son autónomos, sobre la forma de vida que desean para sus últimos años, en el momento que acaezca la fragilidad y vulnerabilidad que el proceso de envejecimiento conlleva de forma inexorable. Se trata de decidir qué forma de vida estiman digna las personas mayores al saber que esa etapa puede ser larga y debe ser “digna de ser vivida”, según la valoración del propio sujeto. Para ello, es necesario garantizar que puedan escoger su lugar de vida y cómo y con quién vivir, y que no se vean obligadas a hacerlo con arreglo a un sistema de vida específico.

En esta misma línea, el documento recomienda promover la adopción de documentos de voluntades anticipadas para establecer qué tratamientos desea cada uno recibir, o no, y en qué condiciones, así como reforzar la información sobre el resto de los instrumentos de autoprotección legal que existen. Se trata de fomentar en especial la designación de un representante para que ayude en la toma de decisiones cuando el sujeto no pueda hacerlo por sí mismo; de reforzar la información sobre la existencia del Documento de Voluntades Anticipadas, y de promover la incorporación en las historias clínicas de los valores y preferencias de las personas atendidas, a fin de coadyuvar a la toma de decisiones. Por su parte, las recomendaciones del documento hacen énfasis en la conveniencia de sensibilizar a la sociedad y a la administración para que asuman y promuevan una cultura de respeto y de reconocimiento hacia las personas mayores. Es necesario educar en el respeto a la dignidad de éstas, de forma que el proceso formativo de los jóvenes contribuya a la solidaridad intergeneracional.

Para finalizar, con respecto a las personas mayores con capacidad jurídica modificada se debe asegurar que las sentencias de modificación de la capacidad de éstas sean individualizadas, flexibles y temporales, y exigir establecer una regulación específica para garantizar la idoneidad de los ingresos involuntarios tanto en centros asistenciales como residenciales. Todo ello obliga a los poderes públicos a facilitar el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, además de evitar cualquier discriminación y promover los ajustes razonables que permitan a las personas afectadas el ejercicio de los mismos.

Reflexión final

En la actualidad la situación de las personas mayores, conforme devienen frágiles y vulnerables, dista mucho de ser la que desearíamos para nosotros mismos cuando aún

estamos en plena posesión de nuestras facultades, tanto si permanecen en sus domicilios como si se acogen a cualquiera de los sistemas de institucionalización existentes. No obstante, existe escasa conciencia de esta situación, debido a que sigue siendo un tabú. Evitar afrontar el tema no es una buena estrategia, ya que lo único que impide que llegue la decrepitud es que llegue antes la muerte.¹¹ Por ello, las políticas públicas deben orientarse a la adaptación de toda la sociedad al paulatino envejecimiento y enfocarlo de forma activa.¹² Vale la pena explicitar que ni las administraciones ni los individuos se hallan dispuestos de manera adecuada para asumir el impacto del envejecimiento, ni los cambios que la biotecnología está introduciendo en el mundo de la sanidad y sus enormes implicaciones económicas. Con la coartada de la crisis económica tampoco parecen dispuestos a comprometerse de forma activa con la necesidad de generar políticas públicas que los prevean y que jueguen en beneficio de todos los miembros de la sociedad.

Ante esta situación, la Bioética y el Derecho deben proponer líneas de actuación, aun en el territorio de la incertidumbre y del riesgo. Ya existen las bases ético-jurídicas para la aproximación al problema: nos las suministran los principios constitucionales y los Derechos Humanos, que tienen el necesario arraigo en la sociedad y que proporcionan criterios para abordar los nuevos problemas, aunque no siempre exista un desarrollo normativo específico en todos los países.¹³ A la hora de adoptar las decisiones jurídicas en este campo se deben tomar en consideración dos grupos de cuestiones, en difícil y delicado equilibrio: por una parte, la garantía de una atención digna y no discriminatoria por razones de edad ni de pronóstico, que además tenga en cuenta el hecho de que las sumas que se dedican a salud representan una partida sustancial en todos los países. Y, por otra parte, propiciar políticas que tiendan a la adopción de previsiones individuales al respecto.



¹¹ Casado, M., “Cuestiones bioéticas entorno al envejecimiento”, en *Revista Bioética* del CFM de Brasil, v. 19, n. 3, 2011.

¹² Ley n° 2015-1776, 28 de diciembre de 2015 relativa a la adaptación de la sociedad al envejecimiento, en vigor desde 5 de agosto de 2016. Disponible en: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cid>>.

¹³ Casado, M., “La bioética como soporte al derecho para regular la biotecnología”, en *Revista Catalana de Dret Públic*, no. 36, 2008, pp. 55-78.