

Introducción

Uno de los temas más intrincados que se presenta en sociedades modernas de por sí altamente complejas es lo referente a las personas de más edad, cuyo creciente número ha llevado a un envejecimiento poblacional en extremo acelerado con consecuencias que trascienden a muy diversos aspectos de la vida comunitaria. Para la salud pública se presentan serios desafíos que requieren con urgencia una reflexión desde diversas perspectivas. Lo que está en juego es el reconocimiento y la reestructuración de valores que van desde derechos humanos fundamentales hasta tareas sociales concretas relacionadas con la protección y el bienestar de la ciudadanía de edad más avanzada. Podría hablarse de un giro poblacional geróntico en relación a la creciente incidencia de senescentes en la pirámide demográfica, con aspectos poblacionales, sociales, económicos, sanitarios y culturales.

La reflexión sobre estos temas está jaspada de ambigüedades semánticas que comienzan con el uso del término “tercera edad”, en coincidencia cronológica con la desinserción laboral y el inicio de la jubilación, con independencia de las peculiaridades biográficas de las personas. La tercera edad, eufemismo para vejez, es un límite etario arbitrariamente fijado –en la actualidad en 65 años para los hombres y 60 en las mujeres–, variable en el tiempo, a partir del cual la sociedad dispensa a los ciudadanos de la actividad productiva, independientemente de que

hayan agotado o mantengan vigentes sus competencias mentales y corporales. Dada la vastedad del término, se ha introducido el concepto de la “cuarta edad”, que unos aplican a los individuos mayores de 80 años, mientras que otros usan esa categoría para los miembros enfermos de la tercera edad.

El establecimiento de categorías es un reconocimiento de diferencias y la historia de la humanidad enseña que donde hay diferencias se producen desigualdades. El siglo XX se caracteriza por la proclamación de derechos igualitarios para grupos humanos cuyas diferencias habían llevado a severas discriminaciones éticas: los derechos del niño, de la mujer y, en general, el derecho de ser diferente sin sufrir perjuicios morales. Con la preocupación por el envejecimiento y el corte biográfico indicativos de la improductividad de la tercera edad, quedan marcadas notorias diferencias que llevan a desigualdades en todo orden de cosas, al discriminar entre el socialmente útil y aquel que, cumplido su ciclo productivo, está en riesgo de caer en marginación, dependencia y privaciones. Sin embargo, existen solo escasos movimientos cívicos e instituciones sociales que aboguen por los viejos y no se reconoce, en el *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento* (OMS 1982), algún “derecho humano específico de los adultos mayores” o un “derecho a la salud de los adultos mayores”.¹

Toda ética aplicada se debe, en primera instancia, al contexto social que la requiere. El presente discurso bioético debe ser atinente a la región latinoamericana y a nuestro país, cuyas circunstancias comunes reclaman una reflexión relevante y autóctona donde no caben extrapolaciones infundadas desde ámbitos foráneos. No obstante, lo estudiado y programado en otras latitudes debe ser incorporado a la reflexión local porque el tema del envejecimiento, si bien depende del prisma cultural de cada comunidad y tradición, tiene dimensiones que son comunes a la gran mayoría de las sociedades desde las cuales provienen observaciones y políticas públicas que han de ser conocidas y ponderadas. Dicho en forma sucinta, es preciso reconocer las grandes analogías que se dan en el mundo occidental, así como las no menores diferencias entre norte y sur, considerando que las inequidades crecientes entre ricos y pobres se

vienen acentuando tanto entre naciones como al interior de las sociedades.

Tal vez sea la fluidez uno de los rasgos más característicos de nuestro mundo actual, aquello que la sociología entiende por modernidad líquida consistente en la pérdida de contornos y límites: el límite entre lo privado y lo público, entre lo natural y lo artificial, entre diversas convicciones morales, entre creer y dudar, entre confianza y sospecha. Es lo que la modernidad tardía diagnostica como la pérdida de los grandes discursos, y que ciertamente golpea con fuerza a quienes han vivido al albergue de valores culturales anclados en la tradición y explica el repliegue que caracteriza a los viejos, reforzando su desadaptación y su desorientación. Frente a esta evolución se torna imperioso abordar el tema de la senectud desde la reflexión bioética y la concepción de políticas públicas correspondientes.

Antecedentes demográficos

En las naciones que lograron un mayor desarrollo socioeconómico a partir de la Revolución Industrial se ha producido un doble giro demográfico, parcialmente compartido por países menos desarrollados en cuyo seno se dan segmentos poblacionales privilegiados. En primer término, el impacto de las enfermedades infecciosas se ha reducido sustancialmente, dando paso a una mayor presencia de afecciones degenerativas que cursan en forma crónica, progresiva, y con hasta ahora apenas conocidas causas y evolución natural. La disminución así lograda de la mortalidad infantil y los esfuerzos de la medicina por paliar, estabilizar y rehabilitar a las personas con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, osteoarticulares, neoplásicas y otras, trajo por consecuencia un aumento considerable de las expectativas de vida y de la cantidad de personas senescentes. Estas tendencias son progresivas, la proporción de personas de edad superior a 60 años apuntando en un futuro cercano a constituir el 20% de la población, con una también creciente presencia de individuos en edades más propectas. Las expectativas de vida, que ahora llegan a la octava

década, podrían alcanzar los 120-130 años si los actuales proyectos de investigación geriátrica y biogerontológica cumplen las expectativas en ellos puestos.

Ejemplo ilustrativo de lo antedicho es la epidemiología de la diabetes en países desarrollados. Para EE.UU. se registra un 7,8% de la población como diabética, prevalencia que llegaría a casi un 10% si se suman los casos no diagnosticados. Un quinto de estos pacientes tienen 60 años o más de edad, proyectándose que para el año 2050 la proporción de mayores de 60 con diabetes se cuadruplicará. La etnia americana nativa tiene la más alta prevalencia de diabetes tipo 2 que se conoce, y las etnias nativas latinoamericanas comparten con la norteamericana un mayor riesgo de complicaciones oculares, en cambio parecen ser menos susceptibles a retinopatía por diabetes tipo 1. Además de enfatizar la creciente incidencia y gravedad de esta enfermedad, estas cifras dejan en claro lo fragmentario del conocimiento epidemiológico y las diferencias étnicas y geográficas que hacen necesario regionalizar los estudios y programas de salud pública.

Aspectos antropológico-psicológicos de la vejez

Dos son los ejes antropológicos a lo largo de los cuales se desenvuelve el estudio del envejecimiento humano, y que importa distinguir por las consecuencias sociológicas que emanan. En la Antigüedad, y actualmente en algunos reductos tribales, el anciano es venerado como el sabio que ha acumulado una experiencia vital que le otorga autoridad sobre los más jóvenes. La antropología realizada desde la perspectiva *emic* –que da preferencia a la convivencia del investigador con la cultura que estudia, a diferencia del método *etic* que privilegia la observación externa– ha entendido el envejecimiento como un fenómeno biológico que los afectados enfrentan desde sus referentes personales y culturales. Durante gran parte de su desarrollo como disciplina, la antropología ha tenido preferencia por el estudio etnográfico de grupos sociales aislados y de una civilización menos desarrollada, donde la estructura social es relativamente simple y más fácil de observar. En sociedades más complejas es aún escaso el interés por estudiar aspectos sociológicos enfocados en la [des]inserción social y la subjetividad de las personas mayores que viven una vida declinante en medio de procesos comunitarios y culturales dinámicamente cambiantes.

Como en otros campos del saber, el discurso sobre la vejez ha sido iniciado desde el mundo académico, donde predomina la observación y la especulación en desmedro de explorar las vivencias de los afectados. Paradigmática de este enfoque *ab externo*

ha sido la medicina, que desde hace apenas medio siglo va aprendiendo, a través del lenguaje de la medicina antropológica y posteriormente de la bioética, que el paciente, antes que objeto del paternalismo médico, es sujeto que padece enfermedad y toma decisiones frente a ella. Así también la senectud es observada y estudiada en forma incompleta desde disciplinas como la sociología y la geriatría, que prestan escasa y apenas anecdótica atención a lo que los ancianos piensan al respecto. El elemento participativo de los afectados se viene considerando como fundamental para el diseño apropiado de políticas públicas.

Algunas notas antropológicas provienen de pensadores que están, o se consideran, viviendo las etapas más avanzadas de su existencia, desde donde han emprendido la tarea, paradójica en cierto grado, de dar testimonio acerca de una subjetividad que se siente opacada en la mirada, deslavada en el pensamiento y agotada en el esfuerzo creativo. Los testimonios, no obstante, son en extremo valiosos, aquí recogiendo algunas ideas de pensadores contemporáneos como Jean Améry y Norberto Bobbio.²

El viejo tiende a vivir en el pasado; el presente lo desorienta por ser total novedad: “La alienación cultural del que envejece no puede sino ser entendida como la dificultad de orientarse en un ordenamiento desconocido de señales, intermediado

por signos totalmente nuevos". (Améry p. 90). La comprensión del mundo y sus coordenadas requiere haber participado en ese ordenamiento, por lo que el viejo entiende mejor el pasado que ayudó a construir antes del presente armado por los jóvenes. También Bobbio así lo entiende al señalar que antaño, cuando las comunidades eran estables y conservadoras, el viejo podía ofrecer su experiencia para un mundo que poco cambiaba; ahora, las vertiginosas transformaciones hacen obsoleta la antiguamente celebrada sabiduría del senescente, dejándolo marginado por ser incapaz de asimilar las novedades, de adaptarse a los lenguajes comunicacionales y técnicos, o a la acelerada sucesión de modas, hábitos y manifestaciones del arte. "El tiempo del viejo es el pasado" (Bobbio p. 72). Cuando se le trata de consolar resaltando "lo hermosa" que es la vejez, Bobbio (p. 35) acusa su malestar frente a esta "fórmula trivial, adaptada a la sociedad de mercado, que ha sustituido al elogio del viejo virtuoso y sabio".

El desfase entre la subjetividad del senescente y su entorno no se da tanto en el espacio como en el tiempo que ha dejado de ser lo que es para el joven: escenario de proyectos, esperanza de llegar a ser. La perspectiva cultural moderna "no es

un mundo del ser, sino del tener" (Améry p. 70). Llegar a viejo sin un patrimonio y habiendo perdido la oportunidad de proyectarse como futuro poseedor y consumidor, lo condena a carecer de "esencia social y existencia humana". Y en ese tiempo estanco, sin futuro, el senescente está solo "por mucho que anhele comunicarlo" (Améry p. 33).

Los grandes vectores de la existencia humana se constituyen en vivencias, no ocurren desapercibidos. El ser humano se sabe racional, se sabe enfermable y, a medida que envejece y vive las claudicaciones de su organismo, toma plena conciencia de ser mortal. La "succión del cuerpo" que para Laín Entralgo es la exclusión del mundo externo en la medida que la enfermedad centra nuestra atención en el propio cuerpo sufriente, se convierte en el anciano en un estado permanente, le lleva a reducir el contacto con aquello que lo rodea: "El cuerpo... se vuelve en nuestra prisión, pero también en nuestro último refugio" (Améry p. 45). La medicina, de la cual depende cada vez más, le parece una bendición ambigua: "La edad tardía se ha convertido, gracias a la medicina, que a menudo no tanto te hace vivir cuanto te impide morir, en una larga y a menudo suspirada espera de la muerte" (Bobbio, p. 34).

Significados antropológico-culturales de la vejez

El pensamiento sociológico francés estudia la creciente brecha que se genera entre la vida moderna y las vacilaciones de las personas que envejecen. Se habla de una seducción “que construye nuestro mundo y lo remodela según un *proceso sistemático de personalización*” consistente en substituir la “austeridad por la realización de los deseos”.³ Las sociedades efervescentes que literalmente viven de lo efímero, pues parece todo lo que no se renueva aunque solo sea una modificación epidérmica, han sido analizadas hasta una tediosa minuciosidad, mostrándolas como procesos sociales ajenos a la realidad de la vejez. Nadie duda de la brutal marginación que pueden llegar a sufrir los pobres, los inmigrantes, los desquiciados y los viejos. La pregunta es acaso más allá de discursos edificantes pero vacuos, se vislumbra una posibilidad de cambio, un giro que haga pivotar el análisis descriptivo en una propuesta.

La significativa diferencia entre el modo cultural de respeto hacia las personas de edad avanzada, en contraste con la tendencia de sociedades más complejas a marginarlas por sus crecientes limitaciones para mantener la inserción comunitaria, tiene relación con los valores que representan las diversas formas de vida social. En sociedades de estructuras más simples, donde el funcionamiento de las comunidades obedece a constantes invariables, los jóvenes enfrentan los mismos desafíos que las generaciones anteriores, cuya experiencia mantiene su validez como orientación y

consejo iniciáticos. En sociedades complejas se modifican aceleradamente los instrumentos técnicos, el conocimiento, los procesos administrativos y de gestión, con dinamismo, flexibilidad de adaptación, agilidad de aprendizaje y rápida adquisición de nuevas habilidades, lo cual requiere más ductilidad que experiencia, poniendo en ventaja a las personas más jóvenes. Un vértigo similar se da en asuntos culturales, lo más perenne cediendo lugar a innovaciones en la moda, en el arte, en las costumbres, incluso en el lenguaje.

La antropología sociocultural observa cómo los viejos son integrados en el tejido social o marginados de él, estudiando las estructuras e instituciones que ordenan el funcionamiento de una sociedad y en qué medida tiende a proteger a los ancianos, o más bien a desatenderlos, porque los recursos son escasos y se destinan a otros grupos etarios. Los enfoques de la antropología psicológica y la sociocultural son interdependientes y solo pueden aislarse a fin de mejor entender sus diversos componentes: la actitud psicológica de los viejos depende en gran medida de las visiones culturales que una sociedad tiene frente a la senescencia, y estas visiones están, a su vez, claramente influidas por las condiciones materiales y el desarrollo económico de una nación y por la política distributiva de recursos que presenta. Esquemáticamente, es posible describir tres variantes del modo de vivir la vejez como experiencia psicológica y social: en sociedades de estructura

más simple el anciano encarna la prudencia y la sabiduría, mantiene algún liderazgo espiritual y aún formal, integrando los Consejos de Ancianos que intervienen en normar la vida cívica. En sociedades cuyo desarrollo económico es disarmónico se producen grandes desigualdades sociales que determinan bolsillos de marginación y pobreza, el Estado carece de los recursos –y, muchas veces, de la vocación– para proteger cabalmente a sus ciudadanos, con el resultado de que los viejos quedan con resguardos precarios y solo escapan de la marginalidad cuando pueden contar con el albergue y los cuidados de la familia. En el mundo desarrollado, en cambio, muchos adultos mayores mantienen una independencia económica que les permite vivir solos o en compañía de sus pares etarios, y hacer uso de instituciones sociales que atienden sus necesidades, viviendo su envejecimiento como un progresivo e inevitable aislamiento, pero liberado de penurias materiales.

El anciano protegido, ya sea por respeto cultural o por una cierta seguridad económica y un sostén público, no se somete pasivamente a las condiciones sociales impuestas sino que activamente se labra un nuevo nicho de experiencias, relaciones y actividades. Una actitud proactiva solo puede prosperar en sociedades que no denigran la tercera edad como mero desmedro y desvalimiento, sino que mantienen a sus miembros materialmente resguardados y en lo posible integrados al quehacer comunitario.

En sociedades que solo cuentan con recursos precarios o con una política indiferente

a las necesidades sociales, la tercera edad es vista como una etapa de deterioro y progresiva discapacidad, que implica un estorbo para la buena marcha de los asuntos sociales. La convivencia con los mayores de edad y su cuidado es asumido por las familias, consumiendo recursos que se requieren para las etapas activas de la vida –educación, adquisición de bienes muebles e inmuebles–. Los “arreglos domiciliarios multigeneracionales”, en que las personas mayores conviven con sus familiares, se dan en forma frecuente cuando el anciano es pobre y dependiente, pues “más que una opción sociocultural, se dan estos arreglos como una forma de sobrevivencia”.⁴ Las sociedades modernas tienden a cercenar parcelas de vida a quienes van envejeciendo y a entender la solidaridad más como un concepto ideal que como tarea social. Se produce una pérdida progresiva de vínculos, lo que en algún momento fue señalado como marginaciones extremas o múltiples muertes: la muerte económica, consistente en severas reducciones de ingresos, jubilaciones grotescamente insuficientes, una política de subsidios inadecuada y ausente para gastos tan esenciales como los medicamentos; la muerte social y familiar, que va aislando a los ancianos a medida que la relación con los demás se vuelve exigua y esporádica, reducida aún más por la muerte de convivientes y compañeros; la muerte ecológica, incitada porque las personas propectas se ven reducidas a vivir en dependencia o en habitáculos estrechos cuyo cuidado requiere esfuerzos y recursos no siempre disponibles, limitaciones que también reducen las posibilidades de esparcimiento y desplazamiento.

Llamativo es cómo las facetas vitales se van extinguiendo con la edad, a excepción de la muerte biológica, a la cual se opone tenazmente la geriatría, desplegando esfuerzos técnicos y recursos por mantener el organismo vivo, en ocasiones incluso contra la voluntad del afectado. Es esta divergente falta de coherencia entre gerontología –la disciplina social de la tercera edad– y la geriatría –la atención médica de los adultos mayores– la que llama a la reflexión bioética y a una toma de postura de la salud pública.⁵

La tan diversa presencia social del envejecimiento como culminación venerable de la vida o como declinación progresiva hacia la muerte influye en forma determinante sobre el enfoque que adopta el discurso antropológico-social sobre la vejez. “Los estudios sobre el envejecimiento deben

focalizar la articulación entre los parámetros externos (vinculados al contexto sociocultural) y los parámetros internos (ligados a vivencias personales), así como su contribución para construir una relación individual con el envejecimiento”.⁶ En la literatura gerontológica internacional, proveniente en gran medida de países desarrollados donde la tercera edad es protegida por recursos privados y públicos, predominan las disquisiciones, encuestas y estudios psicológicos interesados en la adaptación de los seres humanos a su proceso de envejecimiento y en la capacidad de crecimiento personal sostenido. Investigadores del tercer mundo, en cambio, se detienen en los factores socioculturales de la gerontología e insinúan políticas públicas para abordar los aspectos sociales del envejecimiento que han sido desatendidos o directamente ignorados.

Problemas gerontológicos

La gerontología estudia las condiciones de vida de la población senescente, así como los valores culturales que determinan su adaptación al entorno social en que viven.

Estudios realizados en Europa Occidental, donde la malla de servicios y protección social está fuertemente desarrollada, plantean que una visión positiva de sí mismos y del desarrollo personal en etapas avanzadas de la vida se logra a través de tres procesos interdependientes: 1) actividades compensatorias para prevenir pérdidas que son relevantes para la persona, 2) acomodos y ajustes de metas y aspiraciones personales a fin de neutralizar autoevaluaciones negativas y 3) mecanismos de inmunización para mitigar el impacto de evidencias contradictorias con –y limitantes de– los deseos y propósitos del individuo.⁷ Los ancianos han de disponer de una paleta amplia de actividades e intereses, pero también deben estar preparados para reconocer los obstáculos y las limitaciones que la edad les impone en la realización de sus proyectos. En otro estudio que concede importancia a factores externos del envejecimiento se indaga por el bienestar subjetivo que experimentan las personas senescentes, encontrando tres aspectos relevantes –dos negativos y uno positivo– que influyen en su autoestima, emotividad e integración social: a) decaimiento físico, b) pérdidas sociales y c) crecimiento persistente –desarrollo

personal, nuevas y positivas experiencias, habilidades, control, autoconocimiento–. La psicologización del envejecimiento que tiende a ser cultivada por el mundo académico desarrollado ha de entenderse en el contexto de estudios empíricos que enfatizan los elementos externos y económicos, que determinan el entorno social de las etapas tardías de la vida y suscitan las vivencias que los ciudadanos mayores experimentan.⁸

La filosofía política de sociedades neoliberales se basa en la igualdad de todos sus miembros, en cuanto a su libertad, sus derechos y su acceso a oportunidades de inserción social y desarrollo personal. El Estado se reduce a proteger el territorio nacional, la integridad personal y patrimonial de sus ciudadanos. El desempeño individual en la obtención y el intercambio de bienes en el mercado libre va generando desigualdades por diversidad de circunstancias y oportunidades, por lo cual las personas deben crear sus propias fuentes de seguridad y protección. En estos sistemas económicos la red social pública es precaria y deja desprotegidos a quienes por diversas razones quedan marginados de los procesos productivos. Ante este telón de fondo, presentado por J. Locke en los albores del utilitarismo y que actualmente campea como el “modelo occidental” reforzado por la globalización económico-política, el tratamiento de los viejos es criticado, por cuanto “todos los medios son utilizados para acentuar la distinción entre las diferentes fases de la vida”.⁹

Aun si no se comparte el tono acusatorio de quienes creen reconocer una intencionalidad derogatoria en la actitud social contemporánea hacia las personas añosas, no cabe duda que comunidades humanas caracterizadas por el dinamismo, la flexibilidad, la celebración de lo efímero, la entrega a la seducción de la moda, generan una atmósfera social donde “la influencia de los antepasados da paso a la sumisión hacia las sugerencias de los innovadores y los períodos de tradición ceden su lugar a los períodos de moda”.¹⁰ Los segmentos sociales cuyas fuerzas van declinando al paso que aumentan sus dependencias, no están equipados para adaptarse al ritmo de cambio para el cual la experiencia resulta

una estrategia rígida y poco pertinente, cayendo en un círculo vicioso de desadaptación, dependencia e inequidad creciente.

En poblaciones con grandes desniveles socioeconómicos, como es característico para las naciones latinoamericanas, los menos privilegiados presentan la marginación y la pobreza como constantes del proceso de envejecimiento. Se comprueba una correlación directa entre escasez de recursos personales y familiares y la pérdida de calidad de vida, especialmente notoria en forma de discapacidades motoras, mayor prevalencia de enfermedades incurables y reducido acceso a servicios de atención médica.¹¹

Medicalización de la gerontología

Al ocuparse del envejecimiento y su creciente presencia en la realidad social de naciones postindustriales y de segmentos pudientes en países más pobres, las ciencias sociales rápidamente reducen la reflexión al ámbito médico: “la vejez se ha convertido progresivamente en el terreno de acciones de los profesionales de la salud... durante los años 80 se desarrollaron políticas de medicalización para hacerse cargo de la vejez”.¹² Es ésta una opinión comprensible en sociedades donde los problemas sociales básicos que atañen a los ancianos están prácticamente resueltos: urbanización, habitación, movilidad, seguridad social, hogares de reposo, franquicias y subsidios. Persisten los requerimientos de atención médica para cuerpos que se vuelven frágiles y claudicantes y cuyos cuidados son encomendados a la medicina, entendida como una preocupación por el cuerpo y por la mantención de un estado de adaptación a los factores sociales

que inciden sobre su funcionamiento y su salud: “El envejecimiento saludable, dentro de esta nueva óptica, pasa a ser una resultante de la interacción multidimensional entre salud física, salud mental, independencia de vida diaria, integración social, soporte familiar e independencia económica”. Esta visión, que va más allá de lo médico, queda no obstante medicalizada al enfatizar “una línea programática basada en un aumento de cobertura diagnóstica y terapéutica de enfermedades no transmisibles que afectan al añoso”. De este modo se llega a reducir los aspectos sociales de la vejez a una propuesta geriátrica al concluir que “el sistema de salud deberá enfrentar una creciente demanda por procedimientos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente cardiovasculares y neurovegetativas, y una demanda aún mayor por servicios de rehabilitación física y mental”.¹³

El enfoque geriátrico

Característica general de la senectud es tener una alta prevalencia de enfermedades crónicas con ciertas limitaciones funcionales, constatándose algún grado de distimia en aproximadamente un cuarto de los casos, a lo cual se agregan escasez de recursos y dificultades de acceso a servicios sociales, especialmente médicos. Si la limitación funcional es el problema terapéutico o compensatorio principal, se requieren intervenciones multidisciplinarias que vuelvan a acercar la atención geriátrica a las políticas públicas gerontológicas.

Ante la tijera que significa el aumento de necesidades médicas de las personas de edad, en relación con la efectividad limitada y los altos costos de la medicina geriátrica, las opiniones oscilan entre dos posturas extremas. Se piensa que el mayor “desafío de la medicina del siglo XXI será salvar a la población senescente de enfermedades vasculares y neoplásicas”.¹⁴ La propuesta va más allá de paliar, pretendiendo curar estas enfermedades y evitar que sean causa de muerte, lo cual requerirá mucha investigación y cuantiosos recursos clínicos.

Cuando la población añosa representa el 12% del total y consume un 33% del gasto en salud, queda abierto que “el contenido exacto de los derechos básicos de personas añosas no está claramente determinado”. Asoman las primeras sugerencias de racionamiento y las posibles estrategias para determinar los derechos sanitarios de la población mayor: “Actualmente, los

senescentes son el principal factor del escalamiento de costos en salud a nivel mundial. A menos que esto se controle, no hay esperanzas de una medicina sustentable. El envejecimiento poblacional no puede ser detenido, pero es posible atajar las tecnologías y los servicios intensificados utilizables en prolongar o mejorar sus vidas. Y eso debe hacerse”.¹⁵ Palabras claras, pero muy controvertidas en la reflexión bioética, difíciles de integrar al sentir común imperante en sociedades contemporáneas.

“En lo que a cuidados geriátricos se refiere, el sistema británico es el que más se acerca a hacer realidad los principios de equidad y uniformidad, cumpliendo con ello los criterios de justicia distributiva”. Esta cita tiene más de 20 años, y fue escrita cuando Gran Bretaña ya había puesto un límite etario de 65 años para recibir tratamiento integral en caso de insuficiencia renal avanzada, vale decir, las personas de mayor edad tenían pocas probabilidades de acceder a los escasos recursos de diálisis y trasplante renales.¹⁶ Desde entonces, los servicios médicos se han vuelto más onerosos y los recursos disponibles más escasos.

Interesante de conocer es un programa geriátrico de Canadá que concentra sus esfuerzos en atender a los “adultos débiles”, que comprenden el 15% de los mayores de 65 años y un 45% de los mayores de 80. El estado de anciano endeble es definido como aquel que tiene más deficiencias

–enfermedad, discapacidad, dependencia, carga para cuidadores– que bienes tales como salud, actitudes frente a ésta y prácticas saludables, recursos, cuidadores.¹⁷

El desarrollo de la geriatría requiere ser enmarcado en algunas realidades que la trascienden. Primeramente, será una especialidad médica sofisticada, de alto costo y bajo rendimiento a menos que esté engarzada en programas gerontológicos que atiendan las demás necesidades sociales de la población añosa. Tanto los indicadores de salud como el bienestar de los ciudadanos dependen de otras variables sociales que no son directamente sanitarias, como habitación, emancipación de penurias económicas, entorno ambiental y social sano y estimulante, acceso a actividades que fomentan la estima social y la propia. Estos cuidados y protecciones sociales son un sustento esencial para otorgarle sentido y eficacia a la atención médica. En segundo término, los altos costos de la geriatría deben ser proporcionados con las necesidades de recursos para otros grupos etarios. Y, en tercer grado, la geriatría, como toda la medicina, debe abandonar su actitud paternalista que pretende proponer decisiones a personas cuya edad los lleva a calibrar los beneficios y riesgos de intervenciones médicas de un modo propio y muy relacionado con su personal evaluación de lo que es calidad de vida.

Desatendiendo los límites que se avizoran a la sustentabilidad y efectividad de la geriatría, se propicia y financia toda una rama de investigación denominada biogerontología, con un enfoque clínico geriátrico

y de intervención genética regenerativa. Las metas de esta nueva disciplina de investigación pretenden prolongar la vida del senescente, comprimir la morbilidad de modo que todas las enfermedades que sufrirá una persona se presenten hacia el final de la vida, retrasar el proceso de envejecimiento o, en lo posible, detenerlo. Cada una de estas estrategias de estudio, o la combinación de ellas, actúan sobre el individuo sin atender a la influencia del entorno social y ambiental, de modo que un eventual cumplimiento de los objetivos biogerontológicos no mejorará las condiciones sociales de la vejez, convirtiéndose la prolongación de la vida en objeto de consumo personal solo provechoso para quienes gozan de una protección social adecuada.¹⁸

No es de extrañar que la gran empresa mire con interés y apoye estudios que prometen desarrollar productos de lucrativo desempeño en el mercado. Este énfasis geriátrico es difícil de sustentar en naciones de recursos escasos, donde los senescentes forman parte de los estamentos más pobres, carentes de la protección social que les permita acceder a una medicina cuyos costos dejarían otros estamentos y otras necesidades desatendidas. Desde la perspectiva de la salud pública, se vislumbra más bien un aumento de las inequidades si crece la población de ancianos, dejando a la vera a quienes no tendrán acceso a beneficiarse de estas técnicas en ausencia de políticas sociales adecuadas.

Poca duda queda, en consideración de lo señalado, de que los programas y

esfuerzos tanto clínicos como científicos de la geriatría deben ser anteceditos por una visión sanitaria y social más amplia, como corresponde solicitarla a la salud pública que, por su parte, no debe desatender el debate bioético sobre la legitimidad moral de su quehacer. En vez de hacer pronósticos a futuro e intentar proyectar lo que pudiese suceder si se extrapolan tendencias contemporáneas, es más pertinente y urgente proponer soluciones a los problemas actuales que acucian a la humanidad que envejece.¹⁹

En una variante de la medicalización de la vejez, se desarrollan programas de estudio del “proceso [de envejecimiento] desde el punto de vista molecular o celular”. El fundamento de este enfoque está dado al constatar que “la edad es un factor de riesgo mucho mayor que el colesterol”, pero queda sin decir a qué se refiere el riesgo: ¿a enfermar?, ¿a morir? La aceptación de “factores sociales como soledad y depresión” no parece ampliar el horizonte, toda vez que la depresión es, nuevamente, un diagnóstico médico.²⁰

Envejecimiento y salud pública

La sociología gerontológica se medicaliza, lo cual no significa que se identifique con la geriatría, sino que las políticas públicas gerontológicas se entienden como relacionadas en lo principal con la salud pública. Se reconoce que la fragilidad social va en íntima relación con cargas de enfermedad, pero al mismo tiempo se desestima que desde las políticas públicas sanitarias no es posible abordar todos los problemas sociales incidentes.

En 1982 la Organización de Naciones Unidas (ONU) convocó a la “Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento” realizada en Viena y aprobó un *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. En los decenios siguientes fue decantando la necesidad de implementar políticas públicas “orientadas a brindar a cada persona las oportunidades para su propio desarrollo, tales como invertir en aprendizaje durante toda la vida, una vivienda adecuada, un sistema integrado de cuidados de la salud en el nivel primario, y un empleo digno. Además, una sociedad justa debiera formular políticas orientadas a entregar, a cada persona, protección para los tiempos de enfermedad, desempleo, viudez o abandono”.²¹

En la “Segunda Asamblea sobre Envejecimiento” (ONU: Madrid 2002), la OMS contribuyó con una monografía titulada “Envejecimiento activo: De la evidencia a la acción”, en coautoría con la Asociación Internacional de Gerontología.²²

De las 60 páginas, se presenta aquí el resumen de las Propuestas Programáticas Clave (Key Policy Proposals):

1. Salud

- 1.1. Prevención y reducción de las cargas por discapacidades excesivas, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- 1.2. Reducción de los factores de riesgo asociados con patologías mayores y aumento de los factores que protegen la salud a lo largo de la vida.
- 1.3. Desarrollo continuo de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de alta calidad y etariamente amistosos, dirigidos a las necesidades y derechos de mujeres y hombres a medida que envejecen.
- 1.4. Promoción del entrenamiento y educación a los proveedores de cuidados.

2. Participación

- 2.1. Proveer oportunidades de educación y aprendizaje a lo largo de la vida.
- 2.2. Reconocer y empoderar la participación activa de las personas en el desarrollo de actividades económicas, trabajo formal e informal y actividades voluntarias, a medida que envejecen y en conformidad con sus

necesidades, preferencias y competencias individuales.

- 2.3. Estimular a las personas, a medida que envejecen, a participar plenamente en la vida familiar y comunitaria.

3. Seguridad

- 3.1. Asegurar la protección, seguridad y dignidad de las personas mayores, atendiendo a los derechos y las necesidades sociales, financieras y de seguridad física de estas personas a medida que envejecen.
- 3.2. Reducir las inequidades en derechos y necesidades de seguridad de mujeres mayores.

Documentos, propuestas y estudios presentan una notable convergencia de la temática gerontológica hacia los aspectos de la medicina geriátrica, rindiendo tributo al protagonismo de salud y enfermedad en el proceso de envejecimiento, tendiendo a amalgamar la tríada pobreza, enfermedad, atención médica en una complejísima

interacción. Llamativo, asimismo, es que las propuestas en "Salud" sean más concretas y pragmáticas que las generalizaciones presentadas en "Participación" y "Seguridad".

El documento de la OMS menciona tres hitos de sus actividades en relación con el envejecimiento:

1995 Cambio de nombre del "Programa para la salud de los senescentes" a "Envejecimiento y salud".

1999 Designación "Año Internacional de las Personas Ancianas".

2000 El programa "Envejecimiento y salud" vuelve a cambiar de nombre, a "Envejecimiento y Transcurso Vital".

En un mundo pragmático y una globalización de inspiración utilitaria, cabe preguntarse por el impacto que puedan producir formalismos y discursos políticamente correctos que se extienden por decenios, en tanto los problemas abordados se exacerbaban y las políticas propuestas quedan desatendidas.

Definiciones de salud y enfermedad

Las novedades producidas por la investigación y el desarrollo de las disciplinas biológicas y médicas prometen provocar un cambio de paradigma en lo que tradicionalmente se ha entendido por salud, enfermedad y terapéutica, además de requerir de la salud pública una reflexión sobre sus conceptos de riesgos de enfermedad y medicina preventiva. La medicina molecular anuncia que las patologías se pesquisarán a futuro en el genoma de las personas sin esperar las manifestaciones clínicas. Con las sugerencias de intervenir en el organismo sano para perfeccionar sus funciones, dejaría la medicina de ser solo una estrategia para paliar y curar enfermedades, para convertirse en servidora de deseos idiosincrásicos al modo de una fuente de los deseos. La salud pública, por su parte, se deberá preguntar si las políticas públicas referidas al aborto terapéutico, por ejemplo, son programas médicos o morales.

Para abordar los problemas sanitarios relacionados con la senectud es preciso revisar los conceptos tradicionales de salud y enfermedad, ya que éstos están referidos a parámetros considerados normales –salud– o a desviaciones detectables de esa normalidad. Para organismos en que se deterioran ciertas funciones –sensoriales, hormonales–, otras estando del todo abolidas –reproducción– o distorsionadas –el ritmo circadiano del sueño–, se hace difícil establecer la distinción entre estar sano o padecer enfermedad. Tanto más complejo

resulta establecer si la geriatría tiene por objetivo estabilizar una enfermedad o curar de ella al paciente. ¿Cómo establecer medidas preventivas para personas en quienes su forma de vida va desencadenando desórdenes y enfermedades basadas en predisposiciones genéticas?

Orientado hacia la visión científico-natural para entender la realidad, el siglo XIX enfocó enfermedad como un desorden del organismo cuyo origen debe ser esclarecido para desarrollar una terapia basada en la identificación y remoción del factor causante del mal. Ya pocos creen en la definición holística de salud elaborada por la OMS, por cuanto el desiderátum de una salud global –psíquica, orgánica y social– es más político que médico y representa una utopía inalcanzable y por lo tanto no exigible. Un importante avance en la comprensión del enfermar humano proviene del psiquiatra George Engel, quien planteó que tanto salud como enfermedad dependen de una compleja interacción de elementos biopsicosociales.

La enfermedad no es una entidad biológica, es un proceso orgánico con componentes patográficos del estado mórbido y biográfico de quien los padece. En la actualidad se considera que el reconocimiento y diagnóstico de un proceso patológico es code-terminado por la persona que lo padece, la medicina que lo identifica y la sociedad que lo certifica y participa en su tratamiento. Es la concurrencia de una vivencia de

malestar, un diagnóstico médico y una clasificación social, pero este esquema tan general podría aplicarse a un estado gripal como a una esclerosis múltiple.

El anclaje de patologías y predisposiciones a nivel genético y las influencias que tendrán factores epigenéticos –sociales, ambientales, biográficos– modificarán el pensamiento actual sobre prevención y terapéutica. Complejidades conceptuales adicionales provendrán de evaluar la aplicación de una medicina molecular según criterios etarios, y al agudizarse las dificultades de asignar recursos sanitarios costosos a poblaciones tan diversas como individuos en edad reproductiva y personas en quienes la constitución del genoma y los diversos factores que los influyen ya han producido procesos irreversibles.

El concepto de salud es el primero que se desestabiliza en la medicina geriátrica. Aunque frecuentemente criticada, la salud entendida como ausencia de enfermedad sigue siendo el vector que orienta la práctica médica, aun cuando hay acuerdo que decretar ausencia de enfermedad es únicamente relativo a la acuciosidad y al modo como se explora el organismo. La salud como ausencia o erradicación de enfermedad es un concepto operativo que utiliza el sentido común para clausurar un episodio mórbido y la medicina para medir la efectividad de su intervención. Lo primero que llama la atención al abordar este complejo tema es que no se hace distinción entre lo que significa salud y enfermedad en las diversas etapas de la vida y las imprecisiones que resultan de entender el estado corporal

de los viejos en los mismos términos que en otras edades. “A quien se ‘siente’ bien o mal ya no le va tan espléndidamente, pues mientras mantiene todas sus fuerzas y vive en la convicción de su corporalidad sana, no se ‘siente’” (Améry p. 44). Bajísima es la probabilidad de llegar a edad proveya sin padecer enfermedad, más bien con la edad se instalan en el organismo patologías múltiples y crónicas, donde el estado de relativa salud consiste en mantenerse oligosintomático y compensado. El organismo humano envejecido no vive en ausencia de enfermedad, sino en estabilización de estados mórbidos, y el objetivo de la medicina geriátrica será, más que restablecer salud, otorgar terapia sintomática, tratar enfermedades intercurrentes y solo en determinados casos instaurar tratamientos complejos para tratar de erradicar un mal circunscrito.

La vejez es la antesala de la muerte, y ésta suele sobrevenir por alguna enfermedad que mina las fuerzas vitales en forma progresiva e irreversible. “Es la vejez una enfermedad *incurable*, y porque es un padecimiento, se rige por las mismas leyes que una afección aguda que nos puede acometer en cualquier etapa de la vida”. (Améry p. 44). Siendo el objetivo de la medicina erradicar estados mórbidos, se encuentra ante la cuestión acaso puede y debe propender a la curación en personas ancianas que por lo general viven con sus enfermedades. Si el estado de enfermedad es la condición natural y estadísticamente normal de un organismo que está involucionando a través de la claudicación de órganos y funciones, entonces se pierde la

distinción entre salud y enfermedad que se aplica en otros grupos etarios. Al proponer una práctica médica empeñada en lo curativo, la geriatría demanda recursos ingentes que faltarán en otras áreas de cuidados médicos, haciéndose culpable de obstinación terapéutica; por otro lado, de

no entregar sus máximos talentos y esfuerzos, podrá ser acusada de negligente. Se le presenta a la geriatría un doble dilema: buscar el equilibrio entre paliación y curación y ponderar el empleo de recursos que podrán faltar en otras áreas críticas de la atención de salud.

Asignación de recursos

Se vuelve relevante lo señalado en el acápite sobre la antropología psicológica, al presentar las vivencias del anciano frente a su deterioro orgánico, su concentración en el propio cuerpo, el escepticismo y la reticencia de someterse a tratamientos que alejan la muerte pero no le conceden mejor calidad de vida. Ha de recordarse, asimismo, que el temor a los padecimientos de una enfermedad letal es mayor que el temor a la muerte misma. En geriatría, más que en cualquier otra área de la medicina, las vivencias y los deseos del anciano merecen más respeto que la ciencia médica, y la voluntad del paciente añoso ha de ser considerada aunque se oponga a criterios médicos razonables. Cuando esta discrepancia aparece, es preciso ser muy cauto en no hacer juicios precipitados de incompetencia mental.

La distribución de recursos sanitarios, tanto para políticas públicas de salud como para sentar prioridades en atención médica, ha sido motivo de polémico debate. En relación con la tercera edad, el tema se vuelve aún más opaco, por cuanto los criterios de asignación propuestos para otras edades no encuentran su aplicación en el estado tan propio de la senectud. Ya se vio, el equilibrio entre prevención y curación, o entre paliación y recuperación, son inaplicables al tratarse de personas en quienes la prevención es tardía, sufren de enfermedades que rara vez podrán curar, frecuentemente requiriendo medidas paliativas más onerosas de lo disponible por presupuestos

públicos o por bolsillos vacíos. Y en organismos deteriorados, la posibilidad de recuperación es indeterminada y frecuentemente mal dimensionada, cayendo ya sea en una obstinación optimista o en una depreciación pesimista.

El cuidado y la protección de los senescentes aparecen condenados a la insuficiencia y a la discriminación, que entre anglohablantes se conoce como *ageism*, traducible como "etarismo". La geriatría es de alto costo y resultados incompletos o parciales, lidiando con estados patológicos que requieren ingentes esfuerzos materiales y profesionales para lograr beneficios que pueden ser marginales y pasajeros. Aún más costoso se vuelve el quehacer geriátrico si la infraestructura social no concede el apoyo y la protección necesarios para mejorar las condiciones de vida, alejando o al menos aliviando los estados de enfermedad de los ancianos. Y, lo confiese o no, la sociedad es menos proclive a dedicar sus recursos a vidas con expectativas limitadas si con ello reduce los servicios a individuos más jóvenes y de productividad vigente. Problemas todos exacerbados por la evolución demográfica y por la tendencia restrictiva de la mano pública indispuesta a asumir los cuidados de sus desposeídos.

Si los requerimientos exceden progresivamente las disponibilidades, no queda más solución que implantar algún sistema de racionamiento y asignación de recursos enfocado hacia quienes más están

consumiendo. Las políticas que elaboran criterios de asignación de recursos están batallando con una severa y progresiva insuficiencia material que impide cubrir todas las necesidades existentes, buscando equilibrios entre equidad, racionalidad y calidad. En EE.UU., por ejemplo, el presupuesto para todas las políticas de salud pública se redujo en un 25% entre los años 1981 y 1993.²³ De los miembros de la OCDE, que en promedio participan en el gasto de salud con un aporte público del 74%, Chile tiene el más reducido gasto en salud (5,5%) con un aporte público, también el más bajo, de apenas 44%.²⁴ La racionalidad intenta utilizar los recursos existentes del modo más eficaz y eficiente posible; la eficacia se refiere a la capacidad de resolución de problemas y la eficiencia tiene que ver con obtener mayores beneficios con el menor costo posible. Una racionalidad efectiva asegura la sustentabilidad de un sistema, es decir, la persistencia de su capacidad de gestión a lo largo del tiempo. La legitimidad de programas sustentables consiste en cumplir sus cometidos en forma cualitativamente óptima, o al menos adecuada a las necesidades que debe resolver. Se produce una tensión entre racionalidad y calidad porque el rendimiento apropiado implica costos que pueden ser económicamente inviables. La equidad como tercer elemento de una política pública es esencialmente inalcanzable, pues la asignación de recursos insuficientes inevitablemente deja áreas desprotegidas y necesidades insatisfechas, estimulando una inacabable deliberación sobre criterios de asignación que reduzcan y justifiquen las inequidades en la mejor forma posible.

El grupo poblacional de los avanzados en edad posee características que hacen especialmente difícil incorporarlo al análisis de recursos y a la elaboración de políticas públicas pertinentes y equitativas. Es un estamento social compuesto de individuos con características muy diversas, pero artificialmente clasificados como un grupo homogéneo y claramente delimitado, al que ingresan cada vez más personas y por más tiempo, y en el cual los problemas individuales y sociales que se producen toman carácter permanente y acumulativo. La geriatría, como la medicina en general, se encarece a un ritmo más acelerado que cualquier otro índice de precios, aumentando en forma alarmante la brecha entre ingresos o disponibilidades y gastos médicos, en tanto sus beneficios van siendo más marginales a medida que los pacientes se tornan más añosos y débiles.

La economía de la salud ha reducido los criterios legítimos de asignación a dos: a) dar preferencia a los más necesitados y b) privilegiar a quienes más benefician de la intervención sanitaria. La cuantificación de diversas propuestas ha producido fórmulas que comparan el valor de diversos tratamientos de acuerdo a los años de sobrevida que otorgan y a la calidad de vida de esos años, buscando maximizar resultados y contener costos.

Todos los criterios de asignación de escasos recursos castigan a los viejos. El factor años de sobrevida es inevitablemente desfavorable a quienes se acercan o han sobrepasado el promedio de expectativas de vida de su sociedad. Y si bien sus necesidades pueden

ser extensas, se encuentran en el espectro más desfavorable de la relación beneficios/costos, siendo que sus enfermedades son de difícil manejo terapéutico y de expectativas de pronóstico limitado.

La deliberación sobre posibles criterios de racionamiento en geriatría seguirá siendo confusa y estéril mientras no quede establecido que la racionalización de recursos ha de concentrarse en criterios más bien biológicos que etarios. Hasta ahora se ha propuesto que “el área más obvia para imponer límites [a gastos médicos] es en los cuidados de salud para los enfermos terminales”.²⁵ En personas añosas severamente enfermas, debiera primar el criterio de una perspectiva actual (*slice-of-time*) y no de una perspectiva longitudinal (*Over-a-lifetime*), es decir, se compara el estado mórbido actual y su necesidad de paliación en vez de considerar factores biográficos y pronósticos. Límites y criterios debieran ser elaborados por participación, pero no de representantes de grupos necesitados, que siempre abogarán por lo propio, sino por participantes detrás de un velo de ignorancia, en tanto contratantes ideales que se comprometen a buscar acuerdos imparciales.

Las más elaboradas y conocidas disquisiciones sobre los fundamentos éticos para racionar recursos médicos para la tercera edad provienen de Norman Daniels, discípulo de J. Rawls, y de Daniel Callahan, fundador y durante largos años director del prestigioso Hastings Center, ambos de convencida inspiración liberal. Este último mira con preocupación la tijera que se abre

entre el aumento de la población senil y sus crecientes requerimientos médicos en un mercado donde los recursos son cada vez más escasos. Ante la imposibilidad de desarrollar programas de equidad sanitaria, Callahan propone que la mano pública proporcione recursos médicos solo hasta llegar al “rango normal de edad”, es decir, al promedio de expectativas de edad que se calcula para la sociedad respectiva. A partir de allí, los recursos médicos deben concentrarse en las necesidades de otros grupos etarios, solo concediendo a los ancianos tratamiento de mantención y paliación.

El esquema de Daniels es más elaborado, empeñado en buscar la “convergencia natural” entre una equidad basada en grupos etarios y la prudente asignación según criterios individuales. Asignar recursos a los más añosos solo sería razonable si ello no pone en riesgo los programas de cuidados médicos para quienes aún no han cumplido la edad que las expectativas de vida señalan como normales para su sociedad. Si el tratamiento de un anciano dejara sin recursos a personas más jóvenes y gravemente enfermas, deberán éstas tener prioridad de asignación. A esta consideración de asignación por grupo etario, es preciso agregar los criterios que justifican proporcionar cuidados médicos en el caso individual, lo cual requiere una definición de enfermedad que justifique la asignación de recursos caso a caso.²⁶ Daniels reconoce que para las personas senescentes siempre se dará una inequidad basada en que la preferencia por asegurar tratamiento médico a pacientes

más jóvenes con mayores expectativas y mejor calidad de vida significa postergar sistemáticamente a los más viejos de acuerdo al criterio prudencial de otorgar prioridad a quienes tienen más años de vida por delante.²⁷

Ambos esquemas proponen criterios de equidad social que asignan recursos a las personas añosas solamente si ello no desmedra las necesidades de otros grupos etarios, y requieren en el caso individual una definición de enfermedad que para Daniels justifique cuidados médicos eventualmente amplios o restringidos a medidas de soporte, según Callahan. El sesgo etario y sus dificultades para conceptualizar salud/enfermedad en edades avanzadas auguran que el menoscabo de los senescentes será un problema persistente y creciente en el futuro de las sociedades occidentales.

Tanto si se sostiene una visión holística de salud entendida como un estado de

amplio bienestar, como si se prefiere aceptar más escuetamente que es sano quien no padece de enfermedad, es imposible, salvo escasas excepciones, entender a las personas mayores como sanas. Siendo la vejez una etapa de involución fisiológica y desgaste biológico, es más pertinente aceptar la salud del senescente como el estado de compensación y adaptación que a esa edad requiere, evaluados con parámetros normativos y personales de los afectados, que eviten la discriminación tanto negativa –dejar necesidades sin cobertura– como positiva –acceder a deseos idiosincrásicos–.

Reaparece aquí el argumento de favorecer la investigación de los procesos de envejecimiento, aduciendo que el fin de la medicina ha de ser la prolongación de la vida más que la “convencional... aspiración de salvar vidas”. Según esta visión, es más importante la biogerontología que la investigación clínica.²⁸

Senectud y muerte

Antropólogos del Primer Mundo han reseñado la paradoja que se da entre los *inuit* –esquimales–, donde el afecto y la preocupación por los ancianos incluye el acuerdo consuetudinario y consensual de llevarlos a una muerte voluntaria. Este modo de enfrentar la vejez es del todo foráneo a la cultura occidental, pero no deja de rondar en el imaginario de personas añosas y de sociedades agobiadas por los problemas insolutos de la población propecta que, sin embargo, disfrazan estas drásticas visiones con propuestas de limitaciones de recursos y protecciones, haciendo más difícil de so-brellevar la ancianidad y más preocupante su prolongación.

A medida que se envejece, la muerte es reconocida como un fin natural y ya no tan lejano. Mientras para niños y adultos presentiles la muerte es un cercenamiento indeseable de la vida a evitar por todos los medios posibles, ocupa a los viejos menos el hecho de morir –aun cuando es avizorado como no tan distante– que el deseo de que los procesos y las circunstancias de su muerte estén libres de sufrimientos e impotencias severas: “Si somos todos iguales ante la muerte... no lo somos ante el morir”. (Améry p. 114). El infarto masivo y fatal del miocardio es visto como una bendición, y los viejos expresan con frecuencia su determinación de no ser sometidos a tratamientos extraordinarios.

Los temores y la desesperanza que pueden surgir en personas añosas que no acceden a

los recursos necesarios para paliar y enfrentar una enfermedad incurable y progresiva han llevado a recurrentes deliberaciones sobre suicidio, eutanasia y suicidio asistido. No es éste el espacio apropiado para entrar en este intrincado debate, pero es necesario señalar que sociedad y cultura caen en incongruencias cuando simultáneamente se aplican criterios etarios para limitar y negar recursos gerontológicos y sanitarios, a la par que se condena todo procedimiento para acelerar una muerte deseada.

Una visión sin duda obscena en su brutalidad fue expresada hace algunos años por el entonces gobernador del estado de Colorado, al señalar escuetamente que las personas mayores enfermas “tienen el deber de morir”. Este comentario es impresentable, pero refleja la reticencia social de solventar los costos de cuidados gerontológicos y geriátricos integrales. En ausencia de cobertura garantizada, los enfermos seniles están condenados a quedar en orfandad terapéutica y a padecer los estragos de enfermedades incurables de curso eventualmente lento. Ante esta posibilidad, que la mayoría de las personas miran con temor a menos que cuenten con suficientes recursos propios para solventar tratamientos de alto costo, se han propuesto alternativas que abrevien el período de sufrimiento mediante recurso a una muerte acelerada, sea por la aceptación social del suicidio, como ocurre en algunas etnias indígenas y esquimales del hemisferio norte, sea despenalizando

la eutanasia voluntaria como ocurre en Holanda, Bélgica, el estado norteamericano de Oregon y, en forma menos explícita, en países como Suiza.²⁹

La mayoría de las culturas occidentales no están dispuestas a siquiera debatir sobre estas propuestas, pero la evolución demográfica y económica obliga con creciente frecuencia a enfrentar la presencia de grupos sociales postergados, especialmente

las personas ancianas, que sistemáticamente sufren de insuficiencias materiales para solventar sus necesidades primarias. Si continúa abriéndose la tijera entre el aumento poblacional de los senescentes y la reducción de recursos disponibles para atenderlos, habrá que buscar modos alternativos de enfrentar el problema, búsqueda que debe ser participativa y equitativa en incorporar a los afectados en las deliberaciones.³⁰

Conclusión

La salud pública se encuentra con una triple tarea en su preocupación por el segmento social de los senescentes:

- 1) El requerimiento de identificar y fomentar aquellos servicios sociales que inciden sobre la salud y la atención médica de la población mayor. La reconocida doctrina sanitaria de fortalecer la prevención para reducir cargas de enfermedad y manejarlas en forma más sustentable, tiene menos aplicación en la población senil que en otros grupos etarios, pues en ella los condicionantes de enfermedades ya han actuado y es natural que el cuerpo sufra de insuficiencias y patologías. Más que prevención, este grupo etario requiere cuidados y protección.
- 2) Las asignaciones de recursos deben ser concordantes con la política sanitaria general. Será equitativo que las falencias de programas sanitarios sean proporcionales y no mayores a los déficits de otros grupos etarios. Si los aportes aumentan, también han de ser asignados a toda la población con criterios distributivos legitimados por deliberación acuciosa y con amplia participación ciudadana. El escenario más apropiado para este ejercicio democrático sería la Comisión Nacional de Bioética, de la cual cabe esperar una interacción fructífera con la sociedad civil, junto a asesoría idónea y cabal a las instancias normativas. Estadísticas recientemente publicadas detectan que en nuestro país hay no pocas comunas donde los ancianos son mayoría poblacional, acusando con ello la urgencia de una política pública éticamente legitimada y fiscalmente sustentada para la tercera edad.
- 3) Los cuidados geriátricos irrenunciables se han de ceñir a criterios de prioridad comparables a los utilizados en otras ramas de la medicina: tratamientos de emergencia, de afecciones agudas, paliativos. Una medicina equitativa aplicará estos criterios con una visión clínica independiente de factores etarios. Un niño que sufre y un anciano que padece han de contar con toda la medicina paliativa necesaria, así como pacientes de toda edad con enfermedades incurables y avanzadas deben poder eximirse de medidas médicas fútiles, evitando la obstinación terapéutica en atención a otras necesidades pendientes.

Los esfuerzos de la salud pública gerontológica beneficiarán de una cultura de respeto y cuidado de los viejos, pero fomentarla no puede ser su sola responsabilidad. El tema es complejo, porque el pragmatismo contemporáneo tiende a marginar antes que albergar, lo cual se hace notar en los grandes cambios demográficos de la época. Aumenta el número de migrantes, la proporción de pobres continúa en crecimiento, y la pirámide demográfica de los países más

desarrollados se deforma cada vez más a medida que la población envejece. No se vislumbra una revolución cultural que reemplace exclusión por integración, lo cual hace más necesario

e impostergable que nunca adoptar criterios pragmáticos para diseñar e implementar medidas sociales y sanitarias a objeto de mejorar la calidad de vida en la edad postproductiva.

Fuentes de información

- 1 Peláez MB, Ferrer LM. Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores. *Acta Bioethica* 2001; VII: 143-155.
- 2 Améry J. Über das Altern. 4ª. Ed. Stuttgart, Klett-Cotta 1977; Bobbio N. *De Senectute*. Madrid, Taurus 1997.
- 3 Lipovetsky G. (1995). La era del vacío. Barcelona, Anagrama, p. 19.
- 4 Ramos LR. Factores determinantes de envejecimiento saludable em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Publica* 2003; 19: 793-798: p. 795.
- 5 House JS et al. The social stratification of aging and health. *The Journal of Health and Social Behavior*. 1994; 35: 213-234.
- 6 Uchôa E. Contribuições da antropología para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Publica* 2003; 19: 849-853: p. 852.
- 7 Brandtstädter J, Greve W. The aging self: stabilizing and protective processes. *Developmental Review* 1994; 14: 52-80.
- 8 Waitzkin H, Britt T, Williams C. Narratives of aging and social problems in medical encounters with older persons. *Journal of Health and Social Behavior*. 1994; 35: 322-348.
- 9 Uchôa *op. cit.* p. 851.
- 10 Lipovetsky *op. cit.* p. 301.
- 11 Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19: 745-757.
- 12 Boitte P. El envejecimiento: oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades. *Acta Bioethica* 2001; VII: 9-25: p. 11.
- 13 Ramos *op. cit.* p. 794-5.
- 14 Drance JF. Ageing and dying: medical and ethical considerations. *Acta Bioethica* 2001; VII:97-106.
- 15 Callahan D. 1999. False hopes. New Brunswick. NJ, Rutgers University Press: p. 256-257.
- 16 Ingman SR, Gill D, Campbell J. ESRD and the elderly: cross-national perspective on distributive justice. En Spicker SF, Ingman SR, Lawson IR. *Ethical dimensions of geriatric care*. Dordrecht, D. Reidel Pub. Co. 1987: 223-262.
- 17 Powel C. Whither geriatrics? Do we need another Marjorie Warren? *Age and Ageing* 2007; 36: 607-610.
- 18 Gems D. Is **more** life always **better**. The new biology of aging and the meaning of life. *Hastings Center Report* 2003; 33: 31-39.
- 19 Blackford R. Moral pluralism versus the total view: why Singer is wrong about radical life extension. *J Med Ethics* 2009; 35: 747-752.
- 20 Pérez V, Sierra F. Biología del envejecimiento. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 296-302.
- 21 Peláez, Ferrer *op. cit.* p. 154.
- 22 World Health Organization. *Active Aging. A Policy Framework*. WHO, Ginebra 2002.
- 23 Callahan *op cit.* p. 177.
- 24 Según un estudio de Expansiva-UDP, publicado en *El Mercurio* (Febrero 2010).
- 25 Veatch RM. Justice and the economics of terminal illness. *Hastings Center Report* 1988; 18: 34-40.
- 26 Jecker N. Towards a theory of age-group justice. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1989; 14: 655-676.
- 27 Daniels N. Equal opportunity, justice, and health care for the elderly: a prudential account. En Spicker SF, Ingman SR, Lawson IR (eds.). *Ethical dimensions in geriatric care*. Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1987: 197-221.
- 28 Farrel C. Aging Research; priorities and aggregation. *Public Health Bioethics* 2008; 1: 258-267.
- 29 Ingman SR, Gill D, Campbell J. ESRD and the elderly: cross-national perspective on distributive justice. En Spicker SF, Ingman SR, Lawson IR (eds.). *Ethical dimensions in geriatric care*. Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1987: 223-262.
- 30 Battin MP. Choosing the time to die: the ethics and economics of suicide in old age. En Spicker SF, Ingman SR, Lawson IR (eds.). *Ethical dimensions in geriatric care*. Dordrecht, Reidel Publishing Co. 1987: 161-189.