



**Acta Bioethica**  
Continuación de *Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS*  
**Año VII - N° 1**  
**ISSN 0717-5906**

**Representante Legal**  
Fernando Lolas Stepke

**Editor**  
Sergio Zorrilla Fuenzalida.

**Editor Invitado**  
Lorenzo Agar Corbinos

**Traducciones**  
Ana María Cabero Silva  
Haydée Cisterna Cockett  
José Eduardo de Siqueira  
Genèvieve de Tarragon  
Christiane Loupy Flaun

**Edición y Redacción**  
Haydée Cisterna Cockett

**Normalización Bibliográfica**  
Sandra Herrera Vásquez

**Consejo Asesor Internacional**

**José Acosta Sariego**  
Profesor Titular del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas «Victoria Girón», Cuba.

**José Eduardo De Siqueira**  
Vice-presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética, Brasil.

**Gabriel D'Empaire Yáñez**  
Hospital de Clínicas, Venezuela.

**Mahal Giseh Da Costa Soto**  
Profesora Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

**Jaime Escobar Triana**  
Rector Escuela Colombiana de Medicina «El Bosque», Colombia.

**Ana Escribar Wicks**  
Profesora Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Santiago, Chile.

**Omar França**  
Coordinador Instituto de Ética y Bioética, Universidad Católica del Uruguay.

**Gonzalo Figueroa Yáñez**  
Director de Investigaciones, Fundación Fernando Fueyo Laneri, Chile.

**Alejandro Goic Goic**

Profesor Titular Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

**Guillermo Hoyos Vásquez**

Director del Centro de Estudios Sociales y Culturales PENSAR, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

**Miguel Kottow Lang**

Profesor Titular Universidad de Chile,  
Facultad de Medicina y Facultad de Filosofía y Humanidades, Santiago, Chile.

**Florencia Luna**

Investigadora Adjunta (CONICET),  
Coordinadora Programa de Bioética (FLACSO), Argentina.

**Roberto Llanos Zuloaga**

Presidente de la Asociación Peruana de Bioética.  
Presidente del Comité de Salud Mental de la Academia Peruana de Salud, Perú.

**Alfonso Llano Escobar, S.J.**

Director del Instituto de Bioética CENALBE, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

**José Alberto Mainetti Campoamor**

Director del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación  
«Dr. José María Mainetti», Argentina.  
Investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas  
y Tecnológicas (CONICET), Argentina.

**Patricio Silva Rojas**

Vice-Presidente Ejecutivo de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional,  
(CAPREDENA), Santiago, Chile.

**María Angélica Sotomayor Saavedra**

Asesora Jurídica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

**Carlos Trejo Maturanana**

Jefe de la Unidad de Gestión Clínica del Adulto, Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile.

**Ricardo Vacarezza Yávar**

Jefe Servicio Médico Hematología, Hospital Salvador (SMOr), Santiago, Chile.

**Manuel Velasco-Suárez**

Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Bioética, México.

La revista *Acta Bioethica* es publicada semestralmente por el Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

**Dirección**

Avenida Providencia 1017, Piso 7, Providencia  
Casilla 27 141, Correo 27, Las Condes, Santiago, Chile.

Teléfono: (56-2) 236-0330

Fax: (56-2) 346-7219

E-mail: [bioetica@chi.ops-chi.org](mailto:bioetica@chi.ops-chi.org)

[www.bioetica.ops-oms.org](http://www.bioetica.ops-oms.org)

## TABLA DE CONTENIDOS

### EDITORIAL

EL ENVEJECIMIENTO EN EL CAMPO INTERDISCIPLINARIO DE LA BIOÉTICA	5
<i>Sergio Zorrilla Fuenzalida</i>	

### ORIGINALES

EL ENVEJECIMIENTO: OPORTUNIDAD PARA UNA MEDICINA EN BUSCA DE SUS FINALIDADES	9
<i>Pierre Boitte</i>	
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: HECHOS Y REFLEXIONES SOCIOBIOÉTICAS	27
<i>Lorenzo Agar Corbinos</i>	
MORAL PRISMS: ETHICS AND THE OLDER PERSON	43
<i>Martha Beller Holstein</i>	
LAS DIMENSIONES BIOÉTICAS DE LA VEJEZ	57
<i>Fernando Lolas Stepke</i>	
LOS ADULTOS MAYORES CHILENOS EN EL SIGLO XXI: UN ENFOQUE POLITOLÓGICO	71
<i>María Eugenia Morales Contreras</i>	
AGING AND DYING: MEDICAL AND ETHICAL CONSIDERATIONS	97
<i>James F. Drane</i>	
EL VIEJO EN LA HISTORIA	107
<i>Carlos Trejo Maturana</i>	
CONTROVERSIAS EN LOS CRITERIOS ÉTICOS DE LOS CUIDADOS EN GERIATRÍA	121
<i>Lía Susana Daichman Raskin</i>	
DILEMAS BIOÉTICOS EN GERIATRÍA: TOMA DE DECISIONES MÉDICAS	129
<i>Cristián Mercado Rodríguez</i>	

SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES	143
<i>Martha B. Peláez y Marcela Ferrer Lues</i>	
<b>INTERFACES</b>	157
EVALUACIÓN BIOÉTICA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS PUBLICADOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	159
<i>Roberto Mancini Rueda y Fernando Lolas Stepke</i>	
DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS	171
<i>Grup D'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona, España.</i>	
<b>RECENSIONES</b>	179
VERA, JOSÈ MIGUEL	
<i>La Bioética. Una disciplina adolescente</i>	181
MARCO TULLIO CICERÓN	
<i>De Senectute</i>	184
<b>INSTRUCCIONES A LOS AUTORES Y GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS</b>	187
<b>INSTRUCTIONS TO AUTHORS AND REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS</b>	193
<b>TABLA DE CONTENIDOS NÚMEROS ANTERIORES</b>	199

---

Nota de la redacción: Los artículos presentan la opinión de sus autores y no constituyen necesariamente la opinión oficial del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

## EDITORIAL

# EL ENVEJECIMIENTO EN EL CAMPO INTERDISCIPLINARIO DE LA BIOÉTICA

El presente número de Acta Bioethica aborda el fenómeno del envejecimiento, la vejez y la calidad de vida en sus dimensiones e interfaces individuales y sociales. Esto supone, desde el punto de vista de nuestra publicación, una novedad y la explicitación de desafíos diversos, que conviene clarificar en el marco del cultivo y desarrollo de la Bioética.

Esencialmente novedoso, puesto que como Acta Bioethica intentamos examinar una temática –sin tener la pretensión de ser exhaustivos– que tiene su consistencia propia y sus respectivos especialistas desde hace bastante tiempo, antes incluso que la Bioética –como expresión de una preocupación particular–, identificara la importancia crucial del envejecimiento. Lo anterior impone, desde un comienzo, la plena aceptación de una exigencia que se desprende de toda práctica interdisciplinaria: el respeto y la comprensión previa de los discursos, las prácticas y las terapias existentes sobre el envejecimiento.

Ligado a lo anterior conviene agregar que la tentativa por establecer un diálogo con el envejecimiento, desde un ámbito particular– en este caso desde el espacio de la Bioética– implica dilucidar una pregunta previa: ¿Se trata de publicitar una temática como el envejecimiento porque es importante para todos o también, y además, porque existe la urgencia de adherir a un tema que es crucial para la Bioética? Creo que la respuesta es evidente: es una temática importante para todos y también central para la Bioética. Pero, entonces, la pregunta se impone: ¿por qué es crucial para la Bioética? Aquí la respuesta necesariamente es menos breve y concisa.

Podríamos responder en tres niveles distintos. Un primer nivel, puramente formal, se relaciona con la posibilidad de interpretar, de forma adecuada y pertinente, los fenómenos que dan cuenta del envejecimiento y la vejez en el marco de los denominados cuatro principios de la Bioética. Es evidente que la expresión «puramente formal» es discutible puesto que somos conscientes que para muchos bioeticistas estos cuatro principios no son formales y resumen, a su manera, en el ámbito de la decisión, los procesos y los conflictos reales. No obstante, el simple enunciado de estos principios –de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia– permiten interpretar y legitimar las «protestas» que se desprenden de la identificación de déficits y falencias (enunciados en la mayor parte de los artículos que siguen) en el «tratamiento» actual del envejecimiento, la vejez y su relación con la calidad de vida, como reflejo de un cierto nivel y estilo de desarrollo. Dicho de otra manera, permite dar cuenta de las situaciones donde está en juego el respeto y la promoción de derechos, de la equidad en los cuidados, del respeto de la autonomía del paciente, del encarnizamiento terapéutico, de la aplicación de tratamientos proporcionados, de la aceptación y comprensión del rechazo de cuidados por los pacientes, de la necesidad de darle un «rostro real» a la calidad de vida y sobrevida, de la decisión política de procurar recursos suplementarios, entre otros aspectos.

En realidad, estos principios parecen adecuados no sólo desde el punto de vista de la legitimación de las «protestas» sino que también en la búsqueda de soluciones a las carencias existentes.

En un segundo nivel, los déficits identificados repercuten con fuerza en las decisiones y perplejidades que activan y estimulan la ética clínica, en un sentido amplio. Como aparece en algunos de los textos del presente número de *Acta Bioethica*, la ética clínica se empeña en un primer momento en corregir las falencias más insoportables, pero ella va también más lejos. La reflexión y acción de la ética clínica constituye un espacio en el cual son replanteadas temáticas permanentes de la Bioética. A su vez, se examina de forma innovadora la autonomía del paciente adulto mayor o las exigencias de su calidad de vida, al punto tal de elaborar y proponer referencias finas y sutiles que tendrán, sin duda alguna, consecuencias en la mayor parte de los cuidados de salud.

El fenómeno del envejecimiento plantea de forma radical a la Bioética su relación con la sociedad. La interpretación del fenómeno del envejecimiento, esencialmente respecto de sus determinaciones socioculturales, políticas e institucionales, no constituye sólo un adorno en la constitución del discurso bioético. Ésta, sin intentar convertirla en un sistema cerrado y eventualmente disciplinario, no escapa, como toda institución viva, a la exigencia de la autorreferencia, en otras palabras, a una reflexión sobre sí misma que se retroalimenta de su propia reflexión y accionar, de la evaluación de sus propias promesas. El envejecimiento profundiza en el campo interdisciplinario de la Bioética, a diferencia de otras «actividades» en las cuales ésta busca regular innovaciones a través de representaciones de los intereses individuales y sociales, la vocación de cambio y transformación presente también en su corta historia. El envejecimiento, así como el VIH/SIDA o la temática de las nocividades alimentarias o ambientales, resulta esencial para la Bioética: a través de ellas se explicita y se manifiesta con claridad la praxis de la Bioética.

Con todo, antes de ir más lejos, nos pare-

ce que queda aún pendiente otra pregunta: ¿Qué gana la temática del envejecimiento en su paso por la bioética? Por un lado, el nexo no trivial entre Bioética y envejecimiento permite depurar y proponer referencias más nítidas respecto de déficits, falencias y eventuales soluciones; por el otro, la Bioética contribuye a visibilizar y socializar las urgencias, aporías y contradicciones que se manifiestan en la temática del envejecimiento.

### **Los desafíos**

Toda búsqueda de adherir y comprometerse en la perspectiva de una temática importante supone también desafíos. Examinemos brevemente cuáles son las vinculaciones e interfaces entre la Bioética y el tema del envejecimiento. Son tres los aspectos que nos parecen más evidentes.

En primer lugar, el ámbito de la ética clínica, que sobrepasa el ámbito cubierto por los Comités de Ética Hospitalarios. Respecto de la ética clínica es posible enunciar, a lo menos, dos exigencias: publicitar y repercutir, por un lado, las preocupaciones y discusiones que identifican constantemente obstáculos y escollos, y reforzar, por el otro, el ámbito de la enseñanza de pre y post grado, en especial en el campo de las ciencias médicas –como se ha hecho con los cuidados paliativos y la temática de la muerte y del morir– la reflexión sobre los ejes en torno a los cuales se construye la relación entre ética y envejecimiento.

En segundo lugar, instaurar, con ocasión del envejecimiento, la reflexión sobre un aspecto que adquiere mayor relevancia a medida que crece la influencia social y cultural de la Bioética. Una serie de preguntas nos permiten dar cuenta de este desafío: los discursos que desarrolla la Bioética sobre déficits y carencias y, más aún, sobre otras percepciones y maneras de concebir la relación entre las generaciones, lo que incluye la temática del envejecimiento, ¿Son parte cons-

titutiva de los discursos que la sociedad desarrolla sobre sí misma? ¿Son una parte «técnica», cuya tarea es «recordar» lo que la sociedad «olvida» a causa del ritmo acelerado de los tiempos que corren? O más bien, ¿el discurso de la Bioética es una especie de conciencia crítica que propugna «correcciones», pero también cambios sustanciales en la manera como se vive la sociedad?

Es evidente que no podemos responder estas preguntas, mas todas ellas dan cuenta de una conexión íntima entre el desarrollo de la Bioética y una creciente lucidez crítica de una parte de la sociedad sobre las dinámicas presentes en el mundo actual. En la medida en que sigamos cultivando la Bioética es nuestro deber sostener las temáticas urgentes que nos definen, velando por que ninguna forma de recuperación se ejerza sobre ellas.

Esta segunda exigencia nos conduce directamente a una tercera, que enunciamos tímidamente, justamente por su grandilocuencia; es decir, aquella que se desprende de la relación entre la Bioética y la política. Esta relación es evidente, independientemente de trivialidades y «fantasmas» que su enunciado puede provocar. La reflexión y acción de la Bioética es política en la medida que examina, critica, devela e intenta corregir las formas y maneras como el ser humano vive en las sociedades actuales, cualquiera sean las especificidades, grandezas o dificultades de estas sociedades.

Una gran cantidad de temas a través de los cuales se expresa la relación entre ética y envejecimiento, tales como la preservación de la autonomía, la calidad de vida, la soledad y el abandono, la relación entre las generaciones, la falta de respeto de derechos característicos de la ciudadanía, que incluyen evidentemente las personas de la tercera edad, comunican con discursos que legitiman y explicitan los «objetivos» de una buena parte de las sociedades actuales. Lo referido vuelve evidente, más allá de una ge-

neralización abstracta y vacía, la relación entre Bioética y política, contribuyendo de manera esencial al establecimiento de límites y referencias respecto del accionar del Estado y de las instituciones en general.

La Bioética, a través de su capacidad de interpretar realidades, de interrogarse por la distancia entre el discurso y las prácticas –imaginariamente representadas como próximas al «progreso» deseado por todos– identifica incoherencias y fracturas que se enuncian en un espacio distinto a aquel donde se enfrentan las corrientes políticas tradicionales.

En la mayor parte de los casos, las fracturas e incoherencias develadas son «próximas» de la «realidad», es decir, pueden ser casi asumidas por todos, independientemente de sus opciones ideológicas; o bien, rechazadas, porque priman las opciones ideológicas. Esta eventualidad define y determina el carácter transversal de la Bioética. Desde esta perspectiva sería un gran error ignorar el riesgo que la reflexión y acción de la Bioética la conduzca a adoptar una postura exclusivamente religiosa o laica o adscrita a un partido político particular. Esto, a pesar que es parte de su «dinamismo» permea el discurso y el accionar de los poderes y de las instituciones.

Respecto de la relación entre Bioética y política cabría una reflexión suplementaria. En la medida en que la Bioética reflexiona sobre sí misma e inventa procedimientos que permiten superar escollos y dificultades, podríamos incluso afirmar que recrea la función política. Si se generaliza en el ámbito de la interpretación bioética el «procedimiento regresivo» que «permite desprender de las circunstancias, siempre particulares de la acción, los elementos normativos que permiten juzgarlas u orientarse en función de los que ellas sugieren» (Jean Ladrière, «Del Sentido de la Bioética», p. 201, en *Acta Bioethica*, Año VI - Nº 2) o aplicar y profundizar el desarrollo de una «axiografía empírica» (Fer-

nando Lolas, «Sobre constructivismo moral: necesidad de una axiografía empírica», en *Acta Bioethica*, Año VI - Nº 2), entonces la política podría disponer de modelos que no le permitan ignorar las realidades que la definen.

Más allá de lo señalado, el presente número del Acta propone a sus lectores y a la discusión general la temática del envejecimiento en sus múltiples facetas interdisciplinarias. Esperamos contribuir a una aproximación diferente del envejecimiento, reservándonos de volver nuevamente sobre la temática si consideramos que su urgencia merece nuevos desarrollos.

Cabe señalar, finalmente, que el próximo número del Acta se abocará a la temática de las nocividades alimentarias y ambientales.

*Sergio Zorrilla Fuenzalida*



# EL ENVEJECIMIENTO: OPORTUNIDAD PARA UNA MEDICINA EN BUSCA DE SUS FINALIDADES\*

Pierre Boitte\*\*

## Resumen

El envejecimiento y la atención geriátrica constituyen los dos aspectos (colectivo e individual) de una misma realidad cultural y social que deberían incitar a la medicina a una saludable transformación de su práctica, que la volviera más consciente de sus propios límites y finalidades. Que la volviera también más apta para convencer a la sociedad de admitir el envejecimiento; una sociedad dispuesta, con mucha facilidad, a desprenderse y a encargar a la medicina de tareas sociales y políticas que no son de competencia médica. Esta es la idea central sostenida por este texto.

**PALABRAS CLAVE:** Envejecimiento; atención geriátrica; gerontología; adulto mayor.

## Abstract

### **Ageing: Opportunity for a medicine in search for goals**

Ageing and geriatric care constitute two aspects (collective and individual) of the same social and cultural reality, and should motivate medicine towards a healthy transformation of its practice, therefore becoming more aware of its own limitations and goals. Also becoming more appropriate for convincing society to accept ageing; a society which willingly would delegate medicine certain social and political tasks, even though they are not medical issues. This is the main idea sustained in this text.

**KEY WORDS:** Ageing; geriatric care; gerontology; geriatrics; older people.

---

\* Texto traducido al español por el Dr. Sergio Zorrilla F.

\*\* Sociólogo, Filósofo y Doctor en Salud Pública. Profesor Facultés Universitaires de Notre-Dame de la Paix, Belgique; Profesor Investigador Université Catholique de Lille, France y Consultor de Ética de Clinique Saint-Pierre d'Ottignies, Belgique.

## Resumo

### **O envelhecimento: oportunidade para uma medicina em busca de suas finalidades**

O envelhecimento e a atenção geriátrica constituem dois aspectos (coletivo e individual) de uma mesma realidade cultural e social que deveriam estimular a medicina a uma saudável transformação de sua prática, que a faria mais consciente de seus próprios limites e finalidades. De igual modo, a faria mais apta a convencer a sociedade em aceitar o envelhecimento. Imperioso reconhecer que essa sociedade atribui à Medicina encargos de natureza social e política que escapam de sua competência.

É a tese central do presente texto.

**PALAVRAS CHAVES:** Envelhecimento; atenção geriátrica; gerontologia; geriatria; idosos.

## Résumé

### **Le vieillissement, chance d'une médecine à la recherche de ses finalités**

Le vieillissement et sa prise en charge gériatrique constituent les deux faces (collective et individuelle) d'une même réalité culturelle et sociale qui devrait inciter la médecine à une salutaire transformation de sa pratique, qui la rendrait plus consciente de ses propres limites et de ses finalités, qui la rendrait aussi plus apte à les faire admettre à une société prompte à se débarrasser sur la médecine de tâches sociales et politiques qui ne relèvent pas de la compétence médicale: telle est l'idée défendue dans ce texte.

**MOTS CLÉS:** Vieillissement; soins en gériatrie; gérontologie; gériatrie; personnes âgées.

## Una imagen negativa de la vejez marginalizada por la sociedad

Desde hace treinta años, dada la manera como nuestras sociedades se preocupan del envejecimiento colectivo e individual, se han producido imágenes negativas de este doble fenómeno. Como numerosos sociólogos lo han constatado, las representaciones colectivas sobre la vejez vehiculan la idea de una muerte social, precursora de la muerte biológica<sup>i</sup>. Las imágenes producidas socialmente –que se plantean como muchas otras imágenes posibles de la vejez (desde el «flamante adulto» siempre bien erguido con más de 80 años, al viejo dependiente y/o demente)– dan cuenta sobre los «procesos de diferenciación progresiva, de separación, de estigmatización» (1 p.10) generados después que nuestras sociedades tomaron conciencia de su envejecimiento demográfico. De la tercera edad, inventada en los años 70, se pasó, en los años 80 a la cuarta edad, aquella en donde verdaderamente las cosas se degradan, donde la dependencia, las diversas pérdidas y el handicap se instalan, cuando no se trata de la demencia llamada «senil», esperando la muerte anunciada. Hoy en día nos encontramos hablando del riesgo de «interrupción voluntaria de la vejez» (2), denunciando el escándalo de los viejitos «desnutridos, deshidratados, infectados, llenos de escaras, postrados, confundidos», que invaden en Francia los hospitales públicos durante las fiestas de fin de año (3), recolectando testimonios cada vez más numerosos sobre el maltrato de las personas ancianas (4, p. 8) o recordando que ser viejo no es equivalente a estar enfermo o incapaz de aportar algo a la sociedad (5). Estas realidades y discursos, una vez evocados, aparecen poco tranquilizadores respecto de la percepción que tienen nuestras sociedades sobre la vejez.

Las representaciones más corrientes de la vejez (esquemáticamente el «dependiente» y «el socialmente útil») ponen en juego una visión utilitarista de los viejos: en los dos casos, se les mide en función de lo que pueden aún aportar a la sociedad (los «buenos» viejos que ayudan a la sociedad a través del voluntariado y los «dependientes» que «cuestan», a pesar que su atención puede generar la creación de nuevos empleos). Sin embargo, estas representaciones empobrecen dramáticamente la realidad de las viejas y de los viejos: más del 80% de estos no son ni dependientes, ni comprometidos con el mundo asociativo. Por ello aparecen como excluidos de las imágenes que circulan sobre la vejez, sin existencia social, ni reconocidos públicamente como una realidad. Es posible identificar «un movimiento colectivo buscando negar la vejez como una etapa específica en la trayectoria de vida y, por ese solo hecho, pudiendo existir sin tener que someterse a los imperativos de la economía mercantil y las exigencias de la ideología utilitarista» (1).

De manera coherente con lo dicho, la vejez se ha convertido progresivamente en el terreno de acciones de los profesionales de salud, al menos, respecto de los ancianos cuyo estado requería cuidados de salud: durante los años 80 se desarrollaron políticas de medicalización para hacerse cargo de la vejez. Los expertos, en particular médicos, fueron encargados por la sociedad –lo que aceptaron con más o menos reticencia o malestar– de «gestionar» los problemas específicamente sanitarios de los más viejos y los más dependientes de entre nosotros. A través de esto han contribuido, sin tener conciencia, a eliminar una parte considerable de la dimensión social de la vejez. El viejo se ha convertido, por la vía de la medicina, en un objeto de estudio y en un deber de encargarse, situado en un mundo a parte, al margen, a impedir, por lo tanto, que permanezca– sería necesario decir, a pesar de su edad–, un sujeto ciudadano. Esta si-

<sup>i</sup> Para más detalles consultar Boitte (1997)

tuación, según lo muestran numerosos estudios, aparece aún como poco aceptable, puesto que en término medio, la salud de la avanzada edad mejora, tanto en términos objetivos como subjetivos. Así, se constata en Francia una evolución de la esperanza de vida de dos meses a dos meses y medio por año hasta la mitad de los años 90 (74 años para los hombres en 1996 y 82 años para las mujeres), una progresión de la esperanza de vida sin gran incapacidad para el decenio 80-90 (lo que debe ser aún confirmado para el último decenio), un acceso más tardío al estado de dependencia y una estabilización de la duración de este estado, la continuidad del retroceso de los riesgos de deceso de los sujetos de edad. Siempre en el caso de Francia, el estado de salud de las personas de más de 70 años se consideraba como satisfactorio o muy satisfactorio para el 70% de ellas (6, p.36). La distancia entre esta realidad sanitaria y la representación que ofrece la sociedad de esta realidad se avizora, por lo tanto, muy problemática.

### **Dificultades y deficiencias en el hacerse cargo de las personas de edad avanzada**

Paralelamente a esta percepción colectiva negativa de la vejez, se aprecia una dificultad real para los médicos y para el personal de salud en general, de comprender lo que se acostumbra llamar el «paciente geriátrico». No es raro ver, por otra parte, que los cercanos al paciente de edad rechazan la manera como los hospitales se encargan de estas personas: a menudo, por ejemplo, se critica a los equipos su incapacidad de considerar al paciente independientemente de un órgano enfermo. Tampoco es raro escuchar, de parte del personal de salud, el relato de situaciones en que las personas de edad avanzada, aunque también de las personas inconscientes, de las personas dementes o de los enfermos mentales, sufren de falta de respeto manifiesto y negligencias en los

cuidados de salud: despersonalización (identificación sistemática a través de expresiones tales como «mamita» o «papito»), infantilización, tuteo sistemático, falta de información, ausencia de respeto de la autonomía, destrucción del espacio íntimo y privado. En ciertos casos, cuando desaparece la esperanza de curación o de mejoría, la mantención de técnicas invasoras, diagnósticas o terapéuticas, es a menudo vivida como una verdadera violencia respecto de la persona enferma. Algunos profesionales no vacilan en hablar del «fracaso en el hacerse cargo del envejecimiento» (7)<sup>ii</sup>, fracaso en la calidad del encargarse (calidad médica, calidad funcional, calidad relacional), fracaso de la *performance* tanto en términos de resultados como en los medios empleados; fracaso, finalmente, en la comunicación con el paciente, pero también con la familia, con su médico de familia y, eventualmente, con el personal de la casa de reposo.

Se pueden, ciertamente, encontrar razones médicas para explicar este fracaso: el carácter múltiple de la patología del adulto mayor, que choca con las especializaciones de punta; la dificultad y la lentitud de un diagnóstico frente a alteraciones de la vigilancia, de la memoria, de la vista; el malestar del examen físico a causa de una cooperación limitada y de una difícil movilización. La frontera entre el examen normal y el examen patológico puede manifestarse en tales circunstancias como extremadamente tenue. La historia de la persona puede igualmente jugar un papel: por ejemplo, un paciente puede vivir su hospitalización como un abandono y entregarse mansamente a su suerte, lo que provoca una rápida degradación de su estado general.

La medicina, el hospital, los profesionales de salud son parte de una sociedad y la negación social de la vejez constituye una

---

<sup>ii</sup> Retomo en los dos párrafos siguientes la argumentación de este texto.

razón convincente desde el punto de vista del fracaso, tanto como las razones médicas o personales. En el medio hospitalario es difícil considerar el envejecimiento como si no se tratara de una enfermedad, puesto que la sociedad confía a la medicina la misión de prolongar la vida. Al contrario, la presión social sobre el hospital se legitima, a menudo, por la existencia de insuficiencias estructurales en el hacerse cargo –desde un punto de vista social– de las personas de edad mayor, consecuencia lógica de la negación: la imbricación de lo médico y lo social instaura el riesgo de volver tirantes las relaciones entre los terapeutas, la familia y la persona de edad mayor, más aún cuando el hospital, espacio de cuidados de salud, es, además, considerado como un lugar de colocación o como el último recurso frente a una situación de precariedad social.

Para intentar comprender la noción de «fracaso» en el ámbito geriátrico es posible identificar factores psicológicos individuales, factores estructurales y factores de dependencia. Los factores psicológicos derivan, a menudo, del miedo a la muerte, lo que provoca reacciones de fuga o de negación. Los factores estructurales reenvían a varios elementos: la valorización del acto técnico, que explica que a veces los terapeutas se preocupan más de la prescripción médica que de los cuidados de confort; la sobrecarga del trabajo de las enfermeras, que provoca una desmotivación puede también originarse en la carga emocional que constituyen los cuidados de ciertas personas; finalmente, la incompetencia, que no es difícil comprobar en ciertas casas de reposo y de cuidados de salud, como consecuencia de una carencia en la formación del personal.

Los factores de dependencia, finalmente, explicitan la relación asimétrica entre terapeuta-enfermo. El enfermo es un sujeto dependiente de los encargados de los cuidados, quienes se encuentran en posición de fuerza, de autoridad, a menudo con buena salud. La tentación puede surgir en los terapeutas

de creer que son más competentes que los mismo enfermos, para conocer sus necesidades. Esta tentación será tanto mayor que el anciano podrá ser considerado por la propia sociedad como una parte desdeñable.

El conjunto de estos factores puede generar verdaderas «desviaciones» en algunos profesionales de salud, incluso en el seno de todo un servicio hospitalario, donde «la degradación progresiva de la calidad en los cuidados termina por no escandalizar a nadie y (donde) la ley del silencio se instaura» (8).

### **Preguntas a la práctica médica**

El aumento creciente del número de ancianos en el hospital plantea numerosas preguntas a la práctica médica. ¿Qué cuidados procurar a las personas de edad avanzada? Evidentemente de cuidados de calidad, pero, ¿Según qué criterios? ¿Cuáles antibióticos para un viejo demente? ¿Cuánto tiempo? ¿Hasta dónde proseguir una eventual escalada? ¿Hasta la reanimación? ¿Y luego, cómo no obstinarse, en la medida de lo posible? ¿Cómo comunicarse con personas a veces confusas? Nuestra intención no es de abordar detalladamente cada una de estas preguntas, sino que colocar el acento sobre un cierto funcionamiento de la medicina contemporánea en el hacerse cargo del envejecimiento en el hospital. Cuatro preguntas retendrán nuestra atención.

### ***La insistencia o la abstención terapéutica***

El carácter superfluo o inútil de ciertas prácticas al final de la vida pueden ocasionar sufrimientos en los pacientes y los terapeutas pueden considerar éstas como desprovistas de sentido, lo que no ayuda a los enfermos a soportar estas técnicas. En geriatría, más que en otras prácticas, el riesgo de obstinación y su consecuencia, el abandono terapéutico, se manifiesta siempre en un momento u otro del cuidado de una persona en edad avanzada.

Este riesgo, de forma más particular, puede traducirse en un encarnizamiento diagnóstico, cuando se prescriben, por ejemplo, exámenes dolorosos e invasivos. ¿Será entonces necesario abstenerse, sabiendo que esta abstención diagnóstica volverá difícil la opción de una actitud terapéutica eventualmente benéfica para el paciente? La pregunta se complica doblemente. Por un lado, la deontología médica estipula al mismo tiempo que «el médico debe siempre elaborar su diagnóstico apoyándose, en la medida de lo posible, en los métodos científicos mejor adaptados» y que este mismo médico debe «evitar toda obstinación irrazonable en las investigaciones o en la terapia» (9). Por otra parte, no es extraño «ver pacientes alterados <salir> varias veces de episodios muy graves» (9). Es difícil entonces para un equipo perder la esperanza de que una persona de mucha edad supere una situación difícil. Sin embargo, ¿Nos encontramos por ello en una situación de encarnizamiento terapéutico? Se comprende aquí claramente que las situaciones singulares deben ser evaluadas caso a caso.

Es sin duda más fácil aceptar la decisión de un paciente consciente si este participa y se aferra a terapias apremiantes que encontrarse, por ejemplo, en una situación similar con un paciente aquejado de demencia durante largo tiempo. Esta última situación debe ser objeto de una evaluación muy seria a fin de debatir prioritariamente la temática de la calidad de vida. Parece seguro que «buscar sólo el objetivo de prolongar la vida, mientras que el deterioro progresivo y crítico de los principales sistemas funcionales parece conducir a una muerte inevitable, no es un objetivo independiente y primordial de la medicina» (10). Se trata, por lo tanto, de evitar en estas situaciones el paso al acto que constituye a menudo el encarnizamiento terapéutico, como consecuencia de la ausencia de reflexión y discusión en común del equipo de médicos y de los terapeutas en un sentido amplio.

En todo caso, persiste el problema de determinar en qué consisten los cuidados médicamente apropiados en tales situaciones, sabiendo, por otra parte, que el hospital no es el único lugar donde las personas pueden sufrir un eventual encarnizamiento; la cuestión se plantea también para las casas de reposo y, eventualmente, para las instituciones psiquiátricas. Sin duda la reflexión podría determinar *mínimamente* que «abstenerse de utilizar medios desproporcionados o inútiles en ciertas situaciones resulta simplemente de una medicina adaptada al estado y a las necesidades del paciente, a fin de respetar su muerte cuando no se puede más respetar la vida» (11).

### ***La ausencia de consentimiento y el rechazo de cuidados***

Respecto de la ausencia de consentimiento es innegable que se trata de una práctica mucho más corriente hacia los ancianos que hacia otros enfermos, incluso si se considera que en Europa Central el médico tiene la obligación de obtener el consentimiento del enfermo, antes de procurarle cualquier cuidado, tratamiento o investigación, así éste sea un anciano. Aún se ven actitudes inaceptables, buscando acallar o desatender a las personas de mucha edad, porque tienden a olvidar o no comprenden bien.

¿Cómo se puede comprender dicha situación? Dos razones coexisten. Primeramente, «toma tiempo informar a un enfermo, asegurarse de su buena comprensión, escuchar su respuesta, tomar en cuenta sus reservas o miedos, negociar con él. Es necesario también tener mucha paciencia cuando la persona es sorda o lenta para integrar las informaciones» (12). Es probablemente difícil exigir tal actitud de un médico o de una enfermera cuando el personal es, a veces, poco numeroso y se encuentra sobrecargado. Pero más fundamentalmente, «para algunos terapeutas o cercanos, la persona de edad es incapaz de dar una opinión, su edad parece

arrebatarle su estatuto de adulto. A menudo es menos escuchado que un niño. Los otros deciden por ellos!» (12).

En cuanto al rechazo de cuidados, es a menudo percibido de manera tan negativa por los equipos de terapeutas, que desestabiliza su voluntad por hacer lo mejor para el paciente que les ha sido confiado. La acción de cuidados se ve perturbada y nos es raro que se produzca un conflicto relacional con el paciente. Efectivamente, puede sentirse como profundamente perturbador ver ir hacia la muerte a un paciente que, por ejemplo, habría rechazado entrar en reanimación. El rechazo, en la medida que refleja adecuadamente la manera como el paciente percibe el cuidado que se le ha propuesto, incluye también a aquel que lo propone. Por esto, en alguna medida, el fracaso de la comunicación con este paciente es también el fracaso de la negociación mantenida con él. El rechazo, siempre posible, explicita la necesaria vigilancia en toda presentación y explicación de un cuidado propuesto por el terapeuta. Este rechazo manifiesta igualmente la autonomía del enfermo, de este otro humano siempre capaz «de desactivar todas las estrategias, las seducciones, cualquiera sean los ideales más sublimes y los proyectos de cuidado más elaborados» (13). Un comienzo de solución está marcado por el diálogo y la capacidad de negociar la presencia de los respectivos proyectos (proyecto de cuidados y proyecto de vida) para intentar encontrar un compromiso. Tal diálogo, si es posible, puede permitir la clarificación sobre el contenido del rechazo: ¿se trata de un rechazo del mundo de los terapeutas (por un paciente, por ejemplo, cuya intimidad sería violada de manera permanente)? ¿se trata del rechazo de cuidados inapropiados? En caso de fracaso de este diálogo el equipo debería ser capaz de aceptar sus propios límites y renunciar a una voluntad de dominio sobre una vida que no le pertenece.

Evidentemente, para el terapeuta aceptar este rechazo es equivalente a rehusar practicar un cuidado que juzga necesario, lo que no puede acontecer sin conflicto para su conciencia. Pero ignorar este rechazo es equivalente a rechazar el derecho al consentimiento del paciente. ¿En nombre de qué valores sería posible actuar por el bien del paciente, pero en contra de su voluntad? ¿Dónde se encuentra la frontera entre una práctica eventualmente justificable y el maltrato al cual hacíamos referencia? Por otro lado, convencer, persuadir y negociar una parte del cuidado propuesto no es siempre posible en función de las circunstancias.

### *El sufrimiento de los terapeutas en geriatría*

Vale la pena abordar aquí una tercera interrogante que concierne al sufrimiento de los terapeutas. Numerosos otros servicios hospitalarios pueden ser tocados por este fenómeno: todas las «patologías tristes», aquellas de las cuales es difícil sanar, como en oncología, neurología, psiquiatría a veces, enfermedades infecciosas. En geriatría, más que en otra parte, «el enfrentamiento cotidiano con la vejez, el deterioro físico y psíquico y la muerte, es difícil» (12). Las ocasiones no faltan para someter a prueba las emociones y los sentimientos. Puede dar la impresión de cierta impotencia, incluso de ser un mal prestador de cuidados de salud. La falta de atención o, a veces, de recursos, la ausencia de un proyecto y de una vida de equipo (donde espacios de palabra o de apoyo psicológico sean ofrecidos a los terapeutas) puede desembocar en un verdadero malestar existencial y/o en situaciones de cansancio y usura psíquica. La multiplicación de tales contextos de cuidados, donde el terapeuta no tiene la ocasión de gratificarse con la sanación del enfermo, como consecuencia del abandono de éste del hospital o por el evitamiento de la muerte, debería compro-

meter a la medicina a reflexionar, un poco más de lo que lo hace actualmente, sobre el sentido de ciertas prácticas de salud.

### ***Las peticiones de eutanasia***

Situaciones desesperadas de sufrimiento provocadas por un encarnizamiento terapéutico pueden desembocar en la petición, por parte del enfermo, su familia o los terapeutas, de un acto de eutanasia, concebido como la única solución posible para salir de una situación insostenible para todos. El contexto en el cual trabajan los equipos puede permitir a veces, comprender sin necesariamente admitirlo, que los terapeutas se sientan tentados por tal solución, y en ciertas circunstancias –como suele ocurrir actualmente– pasen al acto. Sin entrar en el debate contemporáneo sobre la eutanasia y en relación con las solicitudes de los cercanos o de los terapeutas, es necesario recordar que «el advenimiento de la muerte le pertenece a cada anciano» (11). Cada uno puede tener buenas razones de tomarse el tiempo de morir, imprevisibles para los terapeutas. Además, un mejoramiento inesperado del estado de consciencia puede siempre acontecer en los días y horas antes de la muerte, lo que permite, a veces, intercambios de último momento. En este sentido el equipo de terapeutas «no tiene el derecho de anticipar el momento de la muerte de los pacientes» (11). En lo que atañe a las demandas emitidas por el enfermo, el debate actual muestra que el hecho de escuchar atentamente sus peticiones y tener un diálogo respecto de ellas hace que los cuidados paliativos o un acompañamiento hacia el final de la vida reduzcan estas demandas en aproximativamente un 1% de los fines de vida en medio hospitalario. Solamente respecto de estas situaciones, excepcionales, a menudo extremas, es posible que la consciencia humana sea conducida al punto más radical de su compromiso y que la transgresión de la prohibición del homicidio pueda parecer legítima. Sin embargo, el verdadero

problema, parece más bien involucrar la existencia –respecto del final de la vida, tanto en el hospital como en el domicilio– de prácticas clandestinas y expeditivas de eutanasia, constatadas por muchos terapeutas. Frente a tales situaciones toda persona al final de la vida debería poder contar, de forma prioritaria, con el compromiso solidario del médico, de los profesionales de la salud y de la sociedad cualesquiera sean las condiciones de su existencia– antes de asegurarse que se escuchará de forma prioritaria su petición de terminar con la vida.

### ***Interrogantes sobre las finalidades de la medicina***

Las preguntas planteadas a la práctica médica en materia de geriatría incitan a interrogarse de manera cada vez más fundamental sobre los objetivos de la medicina y sobre los medios invertidos en su realización.

### **Medicalización de la vida y politización de la medicina**

Es posible determinar esquemáticamente tres objetivos para la medicina actual: o bien la medicina cura las enfermedades de los individuos, o bien mejora, en una concepción holística, la salud global (psíquica y mental) de los individuos o, finalmente, se preocupa de elevar el nivel general de la salud pública. La tarea médica, pues, ¿se limita a combatir las enfermedades (objetivo tradicional de la medicina que consiste en trabajar con el cuerpo para obtener una mejor salud)? ¿o este objetivo llega hasta la preocupación de la capacidad física aunque también mental de los pacientes a fin de realizar sus objetivos de vida (concepción holística)? Se agrega entonces a la búsqueda de la curación, la prevención, la educación médica, las terapias mentales, la readaptación del paciente a las condiciones sociales «normales». Nos podemos referir también a la salud de una población: en este caso, la curación de los



individuos es sólo un objetivo intermediario al servicio del objetivo más global del estado de salud de una colectividad. Aquí los sectores sociales, educativos, políticos y legislativos pueden ser integrados al campo de la tarea médica.

A cada uno de estos tres objetivos corresponde un tipo de medios utilizados por la medicina. Para el primero, el cuerpo humano permanece como la fuente esencial de la medicina. Para el segundo, se agrega la dimensión psíquica como medio o como recurso posible. Para el tercero, los medios sociales necesarios para acrecentar la salud son parte integrante del trabajo médico.

Sobre esta base es posible afirmar que mientras más los objetivos de la medicina son definidos por los actores médicos, más los problemas sociales son parte integrante de la atención médica y de la terapia médica y más una medicalización de la sociedad está en curso (en el sentido que el modelo tecnocientífico de la medicina interviene en el diagnóstico y en la «resolución» de problemas sociales cada vez más numerosos). Mientras más los medios de la medicina, reclamados por la medicina y/o procurados por la sociedad, son tomados en consideración, más las áreas de competencia social son definidas desde el exterior de la medicina en relación con una potencial medicalización y más una politización de la medicina es posible (en el sentido en que las políticas públicas se sirven de la medicina para justificar sus objetivos). Es importante, además, observar que objetivos y medios se refuerzan y que en la medida que la medicalización de la sociedad avanza, la politización de la medicina se vuelve probable. Basta con observar, por ejemplo, cómo el debate actual sobre la eutanasia es el signo de una medicalización extrema sobre el final de la vida y supone siempre el riesgo de generar una imbricación creciente de los dominios médicos y políticos. La edad mayor constituye igualmente una buena ilustración de este doble movimiento de medicalización de la

sociedad (y de la vida) y de politización de la medicina (y de la salud). La medicina ha desarrollado ampliamente sus competencias y capacidades sobre el final de la vida, al punto de haber creado en algunos decenios, al menos, tres especialidades suplementarias: la geriatría, los cuidados paliativos y la medicina del dolor, con la consecuencia de la medicalización al final de la vida. Al mismo tiempo la sociedad –por la vía de los poderes públicos y de las políticas, adecuadamente nombradas «médico-sociales» de la vejez– confiaba casi exclusivamente a la medicina la tarea de encargarse de la salud de los más viejos, sin verdaderamente tomar en cuenta, por ejemplo, las lecciones que se desprenden de las perspectivas epidemiológicas o de la salud pública respecto de la salud de los más viejos.

Con razón podemos interrogarnos sobre el territorio legítimo de la medicina y sobre los límites de la medicalización actual de la vida y de la sociedad, puesto que este doble movimiento de medicalización y politización parece cuestionable. La medicina no tiene el monopolio de la promoción de la salud de los más ancianos (crítica de la medicalización) y existen numerosos medios no médicos de preocuparse de su salud (crítica de la politización). En esta perspectiva crítica «las profesiones médicas en vez de reclamar más poder político deberían subrayar la importancia de su competencia para combatir las enfermedades y para mejorar la salud; al mismo tiempo, deberían claramente afirmar su rol limitado, lo que no impide en nada otros factores y otras maneras de promocionar el mismo objetivo de mejorar la salud» (14). De esta manera, en una perspectiva normativa, los medios de la medicina no deben ser ni demasiados reducidos (la persona enferma no se resume a su enfermedad orgánica), ni demasiados amplios (es necesario saber aceptar, como médico o trabajador de salud, que otros expertos u otras competencias intervengan). De la misma manera, el objetivo de la medicina

no debe ser ni demasiado limitado (la salud global del paciente a fin de considerar la persona como un todo, en el tratamiento de la enfermedad) ni demasiado amplio (los objetivos de la salud pública no vinculan directamente al médico con su práctica cotidiana, donde importa mucho más que el paciente sienta que el médico se interesa por sus problemas de salud). No obstante, tal perspectiva permanece ampliamente programática y de poca utilidad para la reflexión.

### **La crisis de las finalidades tradicionales de la medicina**

Avancemos un poco más. El envejecimiento constituye uno de los reveladores de la crisis que afecta a la práctica médica en sus finalidades, al servicio de las cuales son desplegados objetivos y medios. De hecho, las finalidades tradicionales de la medicina son ampliamente fragilizadas. ¿Salvar y prolongar la vida implica que la medicina debe volverse enemiga del envejecimiento y la muerte? ¿Promover y mantener la salud implica que la enfermedad debe ser siempre combatida, cualquiera sea el precio para la persona enferma, a menudo anciana? Calmar el dolor y probablemente el sufrimiento ¿obliga al médico a la eutanasia o al suicidio asistido? ¿conduce a la supresión, casi obligatoria, de toda angustia a través de la prescripción de psicotropos?

La medicalización de amplios sectores de la vida humana crea una gran incertidumbre a propósito de la naturaleza y del alcance de la medicina contemporánea. Esta incertidumbre influye en particular en la práctica clínica, percibida a menudo como confusa, «fracasando en encontrar un buen equilibrio entre el cuidado técnico y el cuidado de confort, entre la victoria sobre la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de la vida, entre la reducción de la mortalidad y aquella de la morbilidad» (15). De nuevo el envejecimiento ilustra esta constatación, lo hemos visto

en las cuestiones que plantea a la práctica médica.

### **La preocupación predominante por querer curar**

¿Cómo comprender esta evolución? Sin duda ampliando el cuadro de la reflexión y tratando de comprender las razones de la medicalización de la sociedad. Una hipótesis probable se relaciona con la importancia que nuestras sociedades conceden a la salud, en desmedro de una significación social de la enfermedad, que, por lo demás, ha tenido en todas las sociedades. Así, «nuestra cultura nos enseña a vivir la enfermedad como un sin sentido radical ('lo absurdo' 'el azar') que no revela nada y que nada puede justificar. Esta negación de la experiencia patológica se acompaña de una 'positivación' semántica y de una absolutización de la medicina, la expropiación del sentido esencial de la enfermedad es, en los hechos, el reverso de la expropiación de esta última por el saber médico positivo» (16). Resulta una valorización casi desmesurada de la salud. La cultura médica, en una sociedad que busca sus referencias, propone un sentido: «el sentido médico (...) que consiste en vivir utópicamente para evitar la enfermedad y retrasar la hora de la muerte... para conservar a todo precio el más valioso de los bienes: la salud» (16). La enfermedad sólo se puede concebir en relación con la medicina, que valoriza la salud por sí misma, que no vacila, a veces, en proponer el espejismo de un futuro sin enfermedad mortal –y, ¿por qué no?–, sin envejecimiento. Por ello no es necesario sorprenderse demasiado que la medicina olvide progresivamente lo que la hace existir: responder a la exigencia de la enfermedad humana y, al mismo tiempo, a sus finalidades tradicionales. Así se puede sustentar que «hoy en día, en todas partes, es imperioso... la preocupación por sanar. No es

sólo el hospital moderno, sino que el conjunto de la sociedad que merece ser definida como ‘máquina de curar’ a través de esta imagen ideal que se procura a sí misma» (17). La existencia en su totalidad está medicalizada desde el comienzo de la vida a la muerte.

Es posible comprender la perplejidad de los médicos frente a la alteración general de un estado de salud hacia el fin de vida, que no constituye verdaderamente una enfermedad; es incluso posible comprender la tendencia a considerar este estado como mórbido ya que instantáneamente se colocaría al paciente en el campo de la intervención supuestamente eficaz de la biomedicina. Pero, transformar en enfermedad lo que es desgaste y usura general con la esperanza de eliminarla puede generar efectos perversos: aquello que puede provocar sobre la salud ya fragilizada de una persona la relativa incongruencia de la intervención médica (en términos de efectos iatrogénicos, por ejemplo); pero, también, los provocados por la atribución arbitraria del término enfermedad, separando una persona de sus redes relacionales habituales, por la prescripción de una estadía hospitalaria.

### **El envejecimiento: una suerte para la medicina**

La medicina, aunque lo quisiera, no puede jugar sola el papel de autorregulación de la sociedad en materia de envejecimiento. Éste podría convertirse en una excelente ocasión para la medicina de replantearse finalmente la cuestión sobre la curación, de tomar esta curación siempre implícita como objeto de reflexión, puesto que para el anciano no hay nada más que curar. La muerte tendrá siempre la última palabra («muerte, cuya última palabra es el silencio») (17): ¿Por qué no actuar de tal manera que desde el interior mismo de la medicina esta ambición de curar deje de funcionar, si no como supe-

ración de la negación de la muerte, a lo menos como desafío frente a esta violencia de la muerte siempre presente en el trabajo médico? Desafío que puede desembocar en el encarnizamiento terapéutico.

Esta legítima ambición de curar no debe plegarse a la lógica social imperante, que consiste en excluir la vejez del campo social a través de la medicalización creciente de la relación social respecto de la vida. La medicina, si desea reencontrarse con la integralidad de sus finalidades primeras, debe aceptar pensar su objeto a partir del deseo de rechazar «*la mise à mort*» (17) en el seno de la práctica médica. En caso alguno se trata de negar la muerte sino de rechazar que la práctica médica desemboque en la muerte de un sujeto que la medicina sabe que no se sanará; se trate de la muerte simbólica de un anciano demente que se le aísla en su estado o de la muerte más real de ciertos ancianos – respecto de finales de vida a los cuales se les nombra públicamente como «acelerados»– puesto que la existencia de estos altera el orden social y, a veces, el orden institucional del hospital.

La medicina debe también, probablemente, darse como misión recordar a la sociedad que vivir y envejecer permanecen y permanecerán actividades de alto riesgo, con la certeza de la muerte al final del camino. El médico no debe conformarse con la comprobación de que los individuos contemporáneos prefieren las estrategias de fuga respecto de su mortalidad (ya sea bajo la forma del sueño de la salud perfecta, de la valorización de la juventud y de la belleza o de la búsqueda continua de una productividad máxima). La geriatría, los cuidados paliativos, la medicina del dolor, y las prácticas de acompañamiento del final de la vida muestran, por otra parte, que este trabajo se encuentra en curso y que si bien la tarea es dura, ya se encuentra en marcha. El envejecimiento, por lo tanto, representa para la medicina una ocasión de poder precisar de mejor ma-

nera sus finalidades y sus medios, para evitar, al mismo tiempo, una medicalización no deseable de la sociedad y la politización de la medicina.

Hasta aquí el intento de interpretación de la situación actual de la medicina que nos permite comprender mejor los problemas y los interrogantes planteadas por el hecho de ocuparse médicamente de las personas de edad mayor.

¿Qué hacer entonces para que la medicina mantenga sus finalidades iniciales en el seno de la práctica geriátrica, frente a las presiones políticas y sociales que la empujan a satisfacer objetivos que le son ajenos? Intentemos proponer ciertas referencias que podrían facilitar la orientación de la acción médica respecto del envejecimiento y de sus consecuencias individuales.

### ***Pistas para una orientación más segura de la práctica médica***

La geriatría plantea de manera creciente la necesidad de una colaboración estrecha entre las responsabilidades de médicos, equipos de salud, equipos de instituciones diversas (hospitales, centros de revalidación, casas de reposo y de cuidados), de familias y de pacientes. Para estimular esta responsabilidad, se trata, primeramente, de suscitar la creatividad de los actores y de los sujetos de esta medicina geriátrica, pero también la de los «pacientes» que se inquietan, cada vez más, por los tratamientos que les imponen.

### ***Por una medicina prudente que respete las opciones y la dignidad de cada persona***

Un primer punto de referencia consiste en recordar una evidencia –que los nuevos conocimientos e innovaciones tecnológicas pueden conducir a olvidar– de que el ser humano continuará enfermándose y muriendo. Cada victoria sobre una enfermedad permi-

tirá la expresión, probablemente más grande, de nuevas enfermedades (el SIDA es una ilustración trágica, pero también el resurgimiento en ciertas partes del mundo de enfermedades que se consideraban como erradicadas). La muerte puede ser retardada pero nunca suprimida. El dolor y el sufrimiento continuarán siendo parte de la condición humana. Existirán siempre personas que deben ser cuidadas cuando se agoten o lleguen a su límite las capacidades curativas de la medicina. En este contexto, una medicina prudente es más que nunca necesaria. Es decir, una medicina que equilibre su lucha contra la enfermedad a través de la evocación constante de su misión, que es ayudar a vivir en buena salud, en el marco de una existencia forzosamente limitada por la muerte. La medicina puede asegurar esta misión sólo con la plena colaboración de la persona que se confía a ella y en el respeto singular de esta persona, cualquiera sea su edad y su estado.

### ***Por el respeto de la integridad del viejo/a***

El respeto por el anciano enfermo exige probablemente una aproximación más específica que el enfermo «habitual». El consentimiento y la información permanecen como nociones centrales, pero pueden ser reinterpretadas a la luz de la noción de sinceridad –más global y más adaptada a la situación geriátrica– que la noción de verdad, más conforme a lo que exige el respeto de la dignidad y de la experiencia de vida concentrada en una persona. Sólo esta sinceridad puede permitir a la persona implicada evaluar mejor, en función de acontecimientos anteriores de su vida y de su «esperanza», la pertinencia de eventuales proposiciones de cuidados. «La sinceridad es lo que debemos al viejo, como forma apropiada de expresarle respeto» (18).

En cuanto a la noción de autonomía y justificación del consentimiento informado, es

necesario constatar que se encuentra poco asegurada en las situaciones geriátricas, menos aun que en la práctica médica habitual. Consentimiento informado y autonomía de la decisión suponen un paciente perfectamente capaz de comprender las informaciones sobre el diagnóstico y el pronóstico, así como la propuesta de tratamiento, para poder optar, incluyendo la posibilidad de rechazo de todo tratamiento. Esta opción reposa en los valores del paciente y en su visión personal de lo que es bueno para él, en particular, sobre la capacidad del paciente para articular sus valores a la opción de un tratamiento. Pero, en este período de la vida estos valores y esta visión se encuentran a menudo en un proceso de evolución, en la perspectiva del final que se aproxima.

La responsabilidad de los terapeutas no es sólo de entregar la información de forma transparente, con el fin de obtener un consentimiento válido del paciente, sino también, la de asegurar la existencia de procesos e intervenciones que garanticen la significación de la vida de la persona en el momento de su inserción en el circuito de los cuidados. Por ejemplo, una persona enferma de edad mayor no es sólo un paciente, es también padre/madre, amiga y vecina; y los valores, deseos, preferencias y maneras de ser de esta persona se conectan con su inserción en redes relacionales. Es necesario prestar una atención preferente, más que a la cuestión de la autonomía, a la dimensión narrativa de la situación: la experiencia de la persona –relatada por ella o por sus cercanos relevantes– debe poder estar presente en el análisis de la situación y debe, en la medida de lo posible, orientar las decisiones tomadas.

Se trata prioritariamente de preservar la integridad de la historia de vida (del relato de vida) de un paciente: la integridad de la persona, la integridad de lo que esta persona es y lo que su vida significa. Una decisión debería tomarse a través del conocimiento, tan completo como sea posible, de la histo-

ria de la persona entendida como un proceso, para ayudar a anticipar lo que debería acontecer, anticipar lo deseable y apoyarse en ello para tomar una decisión. Tal perspectiva implica el respeto de la autonomía, más aún facilita la autonomía, pero, hablando de manera estricta, la sobrepasa. No se trata solamente de basarse en las preferencias conocidas o expresadas por una persona «incapaz» o «incompetente», sino que asegurarse que toda decisión se tomará en la perspectiva del estilo de vida y de los valores de esta persona en una situación determinada. En los hechos, es importante encontrar la mejor manera de integrar un cambio (a veces dramático) en la continuidad de una historia personal, más que evaluar racionalmente las «preferencias» del momento de un «individuo autónomo» que adoptaría sus opciones en consciencia.

El respeto de esta integridad parecer ser una obligación moral que busca «ayudar al paciente a encontrar nuevas formas de significación y a preservar su propia personalidad, tanto tiempo como sea posible» (19).

### *Por una clínica geriátrica*

El camino médico en materia de geriatría, mucho más que en otros lugares, se encuentra a menudo conducido a perseguir objetivos múltiples, que pueden ser excluyentes los unos de los otros o complementarios: «curar la patología, tratar la deficiencia, restablecer la función, compensar la pérdida, aliviar los síntomas, acompañar en el sufrimiento o durante la etapa de la muerte» (20). La mayor dificultad, desde el punto de vista médico, consiste en encontrar, caso a caso, el justo equilibrio en «el hacerse cargo», garantizando que el exceso de cuidados será evitado, absteniéndose, al mismo tiempo, de actos o de tratamientos inútiles y de cuidados desproporcionados.

Por lo anterior, la geriatría aparece como una de las disciplinas donde el desarrollo de una «aproximación del paciente» por

consenso<sup>iii</sup> se torna más difícil que en otros sectores de la medicina (¿qué consenso obtener, por ejemplo, sobre la evaluación de la competencia mental de una persona de edad mayor?) y donde la inteligencia, la formación y la experiencia de los médicos puede ser revalorizada.

Preocuparse en forma competente de los ancianos en el hospital se argumenta a través de la re-legitimación de una cierta experiencia clínica, también de una cierta modestia, así como de la preocupación primordial por la fragilidad de la persona enferma. Hacerse cargo del paciente geriátrico constituye, de esta manera, una excelente ilustración de la prudencia clínica necesaria en toda evaluación de una situación singular: obtener de forma óptima informaciones diagnósticas o pronósticas pertinentes a través de la utilización de medios de investigación con un mínimo de inconvenientes, donde el diálogo tiene un lugar privilegiado, al menos, cuando es posible. Pero incluso si no es posible, dicha situación no impide una participación en la toma de decisión y en la consideración del punto de vista del enfermo sobre su propia situación, cualquiera sea el diagnóstico de tipo psiquiátrico, el retraso mental o la demencia.

La geriatría se caracteriza por una «gran capacidad de adaptación de los profesionales» (21), por la diversidad y la gran heterogeneidad de los distintos segmentos de edad avanzada, por la diversidad de las patologías, por el hecho también de que «...imprime su marca en la expresión clínica de los sínto-

mas, sobre el ambiente psico-relacional y sobre la manipulación de las terapias» (21).

En geriatría, particularmente, se explicita lo que es razonable hacer desde la perspectiva de un compromiso prudente con los cuidados de salud. Con todo, es sabido que la geriatría sigue siendo el pariente pobre de la medicina interna, a lo menos en Francia, y que pocos medios son consagrados a la formación y a la investigación en geriatría (por ejemplo, para la menopausia, la osteoporosis, la hipertensión, la diabetes, el funcionamiento cerebral). La importancia de la geriatría debería ser evidente en el contexto de una sociedad que envejece. Sin duda que es necesario ver en esta negligencia hacia la geriatría una confirmación del diagnóstico propuesto sobre la marginalización de la vejez en nuestra sociedad. De hecho, los viejos se cuentan entre los menos aptos para manifestar y presionar en las calles a los poderes.

### ***Por una reflexión ética de la práctica de salud***

En contexto geriátrico las decisiones son frecuentes (por ejemplo, pasar de una estrategia curativa a cuidados de confort y de fin de vida, colocar o no una sonda gástrica, realizar o no transfusiones, abstenerse o no de prescribir antibióticos) y no siempre fáciles de tomar, en particular por la especificidad geriátrica y la importancia que se da a la aproximación global de la persona sanada. Por lo tanto parece importante crear en los equipos implicados las condiciones necesarias a la instauración de discusiones sobre la toma de decisiones. Puesto que si el combate por una práctica digna y respetuosa del anciano en el hospital pasa por el mejoramiento y la mayor frecuencia de una comunicación sincera, así como por el aumento de la competencia médica, parece difícil evitar el desarrollo del diálogo y del debate en el seno de los equipos de terapeutas encargados de las personas ancianas.

---

<sup>iii</sup> Ya sea bajo la forma de una «Evidence-Based Medicine» cuyo principio consiste, para «asegurarse del tratamiento de un enfermo, de examinar lo que dice la literatura en un caso parecido, después de aplicarlo al caso particular» (Chabot, 1998: 531), ya sea bajo la forma de «Recomendaciones para la práctica clínica». Una cierta manera de hacer medicina tiende a dar una gran importancia a esta EBM, en particular, para responder a la pregunta sobre la mejor repartición de recursos. Ver, por ejemplo, en esta perspectiva, Culpepper, Gilbert (1999).

El método y el camino propuesto por la ética clínica puede ayudar. Ésta considera que «en cada situación, es necesario tomar de forma singular la responsabilidad de inventar una respuesta y que cada uno imagine la mejor negociación posible» (22). Es necesario cada vez reinventar de manera creativa una respuesta pertinente que tome en cuenta los imperativos contradictorios de la situación, puesto que «para asumir sus responsabilidades es necesario evaluar los riesgos de cada situación» (22).

Se trata, concretamente, de dar vida a una reflexión ética, a partir de situaciones clínicas identificadas por los actores, como el planteamiento de problemas de difícil solución. Desde un punto de vista ético son consideradas como difíciles aquellas situaciones en donde las opciones no son evidentes para la argumentación, donde las dimensiones de la situación son particularmente duras, donde se busca la orientación más adecuada del «sentido» de la práctica de cuidados que se quiere sostener. Un método de ética clínica<sup>iv</sup> busca precisamente intentar trazar un camino sobre el cual, a través de la práctica de cuidados, el profesional y los pacientes puedan mantener el sentido al cual le confieren un valor. Dicho método-camino puede inscribirse en la práctica, como para valorizarla, colocando, al mismo tiempo, en evidencia sus soportes de «moralidad» (cada persona es capaz de conducir su vida moralmente) y abriendo perspectivas por una orientación más adecuada a la finalidad de los cuidados y de la práctica médica.

Las ventajas de este método-camino son múltiples. En primer lugar, permite abandonar la evidencia (en particular, la evidencia de las «buenas prácticas») e interrogarse para comprender la globalidad del contexto en el cual se plantea la pregunta difícil. Es posible pasar de la evidencia de la acción a la prudencia crítica a propósito de la acción, lo

que evidentemente beneficia a la persona en cuestión. Enseguida, esta reflexión permite clarificar la bruma provisoria de la situación: no se trata de querer suprimir la opacidad de una situación, sino que darse los medios de avanzar prudentemente, puesto que la brumalidad está siempre presente, pero, es menos espesa. Finalmente, esta reflexión permite pasar del discurso «sobre» (sobre la enfermedad, sobre el órgano afectado, sobre los resultados de los análisis) a una interpretación compartida. Se destina tiempo para conversar en conjunto sobre los desafíos planteados por la situación, lo que permite, al mismo tiempo, evitar ahogarse por las dificultades de los profesionales y preocuparse de la realidad prioritaria, es decir, de la persona implicada.

Con el tiempo, la costumbre de discutir y reflexionar en conjunto puede desarrollarse y generar transformaciones tanto personales como colectivas. Nociones como la justicia, el coraje y la honestidad pueden aparecer en la reflexión e influir la vida cotidiana de un equipo.

Por ejemplo: evitar la *injusticia* en la acogida de las personas (la edad no es un criterio que permita rechazar dar cuidados) al mismo tiempo que la *desigualdad* entre los pacientes (una sola persona no puede «consumir» una parte importante de los medios disponibles de un servicio si ello no se encuentra plenamente justificado); tener el *coraje* de resistir a las presiones familiares y de los próximos, ya sea para «acelerar las cosas» en fin de vida, o al contrario «para intentarlo todo», a pesar de que médicamente consista en un tratamiento manifiestamente inadecuado; tener la *honestidad* de decir que no es posible hacer nada por esta persona frente al temor de los cercanos de «un abandono» o frente a la repugnancia de ciertos médicos de reflexionar sobre las razones profundas que los conducen a desear detener tal tipo de tratamiento, temor y repugnancia que puede reforzarse por la ausencia de comuni-

<sup>iv</sup> Ver Cadore (1997) para una exposición más detallada al respecto.

cación en el seno del equipo.

Una medicina prudente, el respeto de la integridad del anciano, una clínica geriátrica, una reflexión de ética clínica pueden contribuir, como referencias, a atenuar la soledad, la impresión de inutilidad –a menudo presente en los enfermos de edad mayor– para favorecer que se mantenga la expresión de la personalidad y de la calidad de vida de la persona adulta; para sostener, en la medida de lo posible, el sentido de la existencia de la persona de edad mayor.

## Referencias

1. Gucher C. Chronique d'une mort programmée. *JALMAV* 2000; 60: 9-13.
2. Dayez B., Carte Blanche. *Le Soir*. Bélgica: 18-11-1999.
3. Soubeyrand J., Le bogue des petis vieux. *Liberation*. 24-01-2000.
4. Krémer P., *Le Monde*, 5-01-2000, p. 8.
5. Poncin J.. La vieillesse n'est pas un naufrage. *Le Soir*. Bélgica: 18 de enero 2000, p. 12.
6. Haut Comité de la Santé Publique. *La Santé en France: 1994-1998*. Paris: La Documentation française;1998.
7. Miller TH, Bielen FR, Dani M, Boitte P. *Echecs de la prise en charge de la personne âgée. Solutions possibles: expérience d'une équipe médicale*. Inédit. Ottignies: Clinique Saint-Pierre. 1998. p. 7. [On Line] Solliciter a Dr. Miller: [mul3@skynet.be](mailto:mul3@skynet.be)
8. Deplanque R. Management et bienveillance dans les soins: quelle stratégie. *Gestions Hospitalières* 1999; 384: 179-85.
9. Baulon A. Insistance ou abstention thérapeutique en gériatrie. *La lettre de l'Espace éthique – AP -HP* 2000; 11:37-40.
10. Tong R. Towards a Just: courageous and Honest resolutions of the Futility Debate. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1995; 20: 165-89.
11. Sebag-Lanoe R. La décisionface aux situations du grand âge. *La lettre de l'Espace éthique – AP – HP* 2000; 11: 33-5.
12. Richard MS. La personne âgée en institution. *Dolentium Hominum* 1999; 40(1): 79-82.
13. Wils J. Refus de soin et conflit de conscience. *La lettre de l'Espace éthique – AP -HP* 2000; 11:36-7.
14. Nordin I. The Limits of Medical Practice. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1999; 20: 105-123.
15. The Hastings Center. The goals of Medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report; Special Supplemment* 1996; S1-S27.
16. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. París: Payot; 1986.
17. Pontalis JB. Une idée incurable. In: Pontalis JB, (ed). *Perdre de vue*. París: Folio/ Essais; 1999, p. 79-90.
18. Kuczewski MG. Ethics in long-term care: are the principles different. *Theoretical of Clinical Ethics* 1999; 20: 15-29.
19. Holstein MB. Ethics and Alzheimer's Disease: Widening the lens. *The Journal of Clinical Ethics* 1998; 9(1): 9-22.
20. Voyer G. Chapitre 50: Ethique clinique. In: Arcand- Herbert, (ed). *Précis pratique de gériatrie*. Montreal- Québec: Edisem- Malouin; 1998. p.677-87.
21. Sebag-Lanoe R. Les soins palliatifs en gériatrie. *Actualité et dossier en santé publique* 1999; 28: 46-50.
22. Derrida J. *Sur Parole: instantanés philosophiques*. Paris: Edittions de l'Aube; 1999.

## Bibliografía

Boitte P. *Ethique, justice et santé: allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*. Montréal: Artel; 1999.

Boitte P. La valeur de la vieillesse: enjeux éthique et politiques. *Info Nursing* 1996; 63:24-8.

Boitte P. *Pour une éthique de la santé publique dans une société vieillissante*. Montreal: Artel; 1997.

Cadore B. *L'éthique clinique comme philosophie contextuelle*. Montreal: Artel; 1997.

Chabot JM. Evidence – Based Medicine (I). *La revue du Practicien* 1998; 48: 531-2.

Chabot JM. Evidence – Based Medicine (II).



*La revue du Practicien* 1998; 48: 651-2.

Comité Consultatif National D'Étique.  
Rapport sur le vieillissement. *Cahiers du  
CCNE* 1999; 18: 3-24.

Culpepper L, Gilbert TH. Evidence and  
ethics. *The Lancet* 1999; 353: 829-31.

Henrard JC. Santé publique et grand âge.  
*Actualité et dossier en santé publique* 1997;  
20: 2-12

Henrard JC, Ankri J. *Grand âge et santé pu-  
blique*. Rennes: Editions l'École Nationale de  
Santé Publique; 1999.



# ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: HECHOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y REFLEXIONES ÉTICAS.

Lorenzo Agar Corbinos\*

## Resumen

En el inicio del Siglo XIX la población mundial estimada era de 978 millones. En las regiones más desarrolladas la proporción de personas mayores de 60 años bordeaba el 20%.

La población de América Latina y el Caribe aumentará en alrededor de 180 millones entre el 2000 y el 2025. Más de un tercio de ese incremento corresponderá a población adulta mayor.

En América Latina y el Caribe existen realidades, asociadas con el estadio de la transición demográfica, muy diversas, lo cual trae implicaciones sociales, económicas y éticas diferentes según los países de la Región.

La transformación de la estructura por edades imprime demandas sociales, económicas y políticas particulares. Al mismo tiempo las diferencias sociodemográficas, básicamente la disímil estructura etaria, colocan de relieve distintos énfasis en el tratamiento de los temas bioéticos.

El envejecimiento aparece en los países de transición más avanzada en la Región, como un fenómeno vinculado, por un lado, al aumento del número absoluto de personas en ese grupo etario y, por otro, al claro mejoramiento de la calidad de vida en los años de sobrevida.

## Abstract

**Demographic transition and ageing in Latin America and the Caribbean: social and bioethical facts and comments.**

At the beginning of the 19<sup>th</sup> century, the estimated world population was 978 millions. In more developed regions the proportion of people older than 60 was around 20%.

Population in Latin America and the Caribbean will grow approximately 180 millions within 2000 and 2025. More than one third of that growth will correspond to old age people.

In Latin America and the Caribbean the reality associated with the state of demographic transition is very diversified, which has social, ethical, and economical implications according to the different countries in the Region.

The transformation of the structure by ages results in particular social, economic, and political demands. At the same time the social-demographic differences, particularly the age structure, emphasize the difference in the treatment of bioethical issues.

Ageing appears in the more advanced transitional countries of the Region, as a linked phenomenon, on the one hand by the increasing proportion of senior citizens, and on the other, by the improved quality of life in the old age years.

Bioethical issues will gain greater importance not only because of the increased number and proportion of senior citizens, but also education will place on a more

---

\* Sociólogo. Académico de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Consultor residente Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

Correspondencia: [Agarl@chi.ops-oms.org](mailto:Agarl@chi.ops-oms.org)

Los temas bioéticos tendrán mayor importancia debido no sólo al aumento numérico y relativo de los adultos mayores sino que la mayor educación colocará en un plano más destacado la exigencia social por mayores grados de autonomía, un trato digno, un papel más preponderante en la relación médico/paciente, mayor ingerencia en los diagnósticos y tratamientos diversos.

Las consideraciones bioéticas, en particular aquellos principios más cercanos a las ciencias sociales como son la justicia, la equidad y la autonomía tienden a cobrar mayor relevancia en situaciones donde se aprecia un brusco aumento de la población adulta mayor.

**PALABRAS CLAVE:** Transición demográfica; justicia; equidad; autonomía; envejecimiento.

distinguished level the social requirements for autonomy, a dignified treatment, and a greater participation in patient-doctor relationship, diagnostics and treatments.

Bioethical considerations, particularly those principles closest to social sciences as justice, equality and autonomy, tend to gain greater importance in situations concerning the abrupt growth of senior citizen population.

**KEY WORDS:** Demographic transition; justice; equity; autonomy; ageing.

## Resumo

### **Transição demográfica e envelhecimento na América Latina e no Caribe: fatos e reflexões sociobioéticas. Resumo**

A Princípios do século XIX, a população mundial estimada era de 978 milhões. Nas regiões mais desenvolvidas a proporção de pessoas maiores de 60 anos se aproximava aos 20%.

A população da América Latina e do Caribe provavelmente aumentará a 180 milhões entre os anos 2000 e 2025. Mais de um terço desse incremento corresponderá à população adulta maior.

Na América Latina e no Caribe existem realidades, associadas com o estado da transição demográfica, que variam muito, o que acarreta implicações sociais, econômicas e éticas diferentes dependendo dos países da região.

A transformação da estrutura por idades imprime demandas sociais, econômicas e políticas particulares. Ao mesmo tempo as diferenças sociodemográficas, basicamente a estrutura etária variada, deixam em relevo várias ênfases no tratar dos temas bioéticos.

O envelhecimento aparece nos países de transição mais avançada na região, como um fenômeno vinculado, de um lado, ao aumento do número absoluto de pessoas nesse grupo etário e, por outro lado, à evidente melhora da qualidade de vida nos anos de pessoas de terceira idade.

Os temas bioéticos vão obter uma maior importância devido não só ao aumento numérico e relativo dos adultos maiores, mas também porque uma melhor educação deixará num plano mais destacado a exigência social por maiores graus de autonomia, um tratamento digno, um papel mais preponderante na relação médico/paciente, maior ingerência nos diagnósticos e tratamentos diversos.

As considerações bioéticas, em particular

## Résumé

### **Viellessement en Amérique Latine et aux Caraïbes: réalités sociodémographiques et réflexions éthiques**

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, on estimait la population mondiale à 978 millions. Dans les zones les plus développées, le taux de personnes de plus de 60 ans atteignait 20%.

La population d'Amérique Latine et des Caraïbes augmentera d'environ 180 millions d'habitants entre 2000 et 2025. Plus d'un tiers de cette croissance correspondra à une population dite du 3<sup>ème</sup> âge.

Il existe en Amérique Latine et aux Caraïbes des réalités très diverses qui sont liées au stade de la transition démographique. Ceci a des conséquences sociales, économiques et éthiques différentes selon les pays de ce continent.

La transformation de la structure par âges [de l'échelle des âges] implique des demandes sociales, économiques et politiques particulières. En même temps, les différences sociodémographiques, essentiellement la dissemblance de l'échelle des âges, mettent en relief des points essentiels divers dans le traitement des thèmes bioéthiques.

Le vieillissement apparaît dans les pays où la transition est plus avancée (dans cette zone) comme un phénomène lié à l'augmentation du nombre en valeur absolue de personnes de ce groupe d'âge, d'une part, et d'autre part, à l'amélioration évidente de la qualité de vie dans les années de survie.

Les questions de bioéthique revêtiront une plus grande importance non seulement du fait de la croissance numérique et relative des personnes âgées ; de plus, un plus haut niveau d'éducation mettra au premier plan une exigence sociale [de la part des personnes âgées] et ce, du fait d'un plus grand degré d'autonomie, un traitement digne, un rôle plus important dans la relation médecin/patient, une plus grande

aqueles princípios mais próximos às ciências sociais como é o caso da justiça, da igualdade e da autonomia que tendem a cobrar uma maior relevância em situações aonde é observado um brusco aumento da população adulta maior

**PALAVRAS CHAVES:** Transição demográfica; justiça; equidade; autonomia; envelhecimento.

intervention dans les diagnostics et dans les traitements divers.

Les réflexions en bioéthique et en particulier sur ces principes qui sont plus proches des sciences sociales comme le sont la justice, l'équité et l'autonomie ont tendance à revêtir une importance majeure dans les cas où l'on constate une brusque augmentation de la population du 3ème âge.

**MOTS CLÉS:** Transition démographique; justice; équité; autonomie; vieillissement.

## Introducción

El Siglo XX ha sido considerado como el centenario caracterizado por el fenómeno denominado explosión demográfica. En el inicio del Siglo XIX la población mundial estimada era de 978 millones. Durante los cien años de ese siglo aumentó en 672 millones, alcanzando los 1.650 a comienzos del Siglo XX. Durante el siglo que recién ha terminado la población aumentó en 4.350 millones, llegando en el año 2000 a 6.000 millones de habitantes (1). Para agregar más precisión a este impactante crecimiento de población en un lapso tan reducido podemos decir que entre 1960 y el 2000 la población mundial se incrementó en 3.000 millones<sup>i</sup>. O sea, la segunda mitad del siglo XX contiene una imprevista demográfica nunca antes vista<sup>ii</sup>.

Bucarest en 1974, Ciudad de México en 1984 y El Cairo en 1994, han sido testigos de importantes debates mundiales organizados por Naciones Unidas en materia de población, para enfrentar los nuevos desafíos sociales, materiales y éticos que se desprenden de esta nueva situación mundial<sup>iii</sup>.

El inicio del nuevo siglo está marcado con fuerza por el envejecimiento de la estructu-

ra demográfica<sup>iv</sup>. En 1950 la edad media de la población era de 23,5 años. En 1999 aumentó a 26,4 años y se prevé que para el 2050 aumentará a 37,8 años. A mediados de siglo las personas mayores de 60 años conformaban el 8,1% del total mundial. En 1999 este porcentaje aumentó a un 9,9% y se proyecta que hacia el 2050 esta proporción alcanzará el 22,1%<sup>v</sup> (2).

La explosión demográfica del siglo XX abre paso, en el nuevo siglo, a la implosión geriátrica<sup>vi</sup>. Es, incluso, pertinente hablar de una suerte de globalización del envejecimiento, como consecuencia del avanzado proceso de transición demográfica e epidemiológica que se está viviendo, a ritmos distintos mas en la misma dirección, en todas las regiones del globo. Juan Chackiel dice que «en las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación

<sup>i</sup> Organismos de las Naciones Unidas estiman que hacia fines de este nuevo siglo la población mundial podría llegar a 9.000 millones de personas.

<sup>ii</sup> El período de mayor crecimiento poblacional se produjo en el quinquenio 1965 - 1970 con un 2% anual. La tasa de crecimiento demográfico actual es de 1,3% anual.

<sup>iii</sup> No resulta casual, a nuestro juicio, que en este mismo período de alto crecimiento demográfico — durante el cual la medicina muestra su gran avance en el control de las enfermedades al reducir drásticamente la mortalidad general, y en particular la mortalidad infantil— comience a surgir como disciplina la Bioética, la cual avizora en forma pionera que el mundo del futuro tendrá que unir inexorablemente los avances médicos con los valores y los derechos humanos.

<sup>iv</sup> En los países desarrollados, al igual que la mortalidad y la urbanización/industrialización, han envejecido en un proceso paulatino mientras que en nuestra región este proceso se realizará en forma mucho más acelerada y en condiciones de pobreza y fuertes iniquidades sociales.

<sup>v</sup> En el inicio del nuevo siglo la población de menores de 15 años era de 30% y la población mayor de 60 años, de 8%. Hoy en día los jóvenes menores de 15 años representan un 15% del total mundial y los mayores de 60 años casi un 10%. Hacia mediados del siglo XXI se igualarán en una proporción de un 20% tanto la población infantil como la población mayor de 60 años. Este nuevo hecho demográfico mostrará el impactante cambio en la estructura etaria de la población mundial.

<sup>vi</sup> Actualmente alrededor de un 1% de la población mundial tiene más de 80 años. En las regiones más avanzadas esta proporción es de aproximadamente 3%. En el 2050 las personas mayores de 80 años habrán aumentado a un 4% y en las regiones más avanzadas a un 10%.

de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores» (3, p.9).

De la misma forma que los malos augurios de la explosión demográfica asociada a los planteamientos malthusianos no tuvo su comprobación empírica definitiva, podemos también pronosticar que el envejecimiento de la población no debe necesariamente suscitar alarma social. Se aprecian algunos elementos que ayudan a este optimismo: el aumento del número absoluto y la contribución relativa creciente de los adultos mayores podría permitir que se ejerza una mayor presión social y política para reivindicar derechos y atender necesidades específicas. Tampoco debe soslayarse que la tecnología progresa a alta velocidad y esto producirá cambios importantes en el estilo de vida y, particularmente, en las formas de trabajo donde seguramente se podrá favorecer la inserción más permanente de la población adulta mayor.

### **La heterogeneidad sociodemográfica en América Latina y el Caribe**

La Región de América Latina y el Caribe ha aumentado su población durante el siglo XX en 430 millones, alcanzando hoy en día aproximadamente los 520 millones. Las proyecciones medias indican que entre el año 2000 y el 2025 los habitantes de la Región se incrementarán en 180 millones. Más de un tercio de ese incremento corresponderá a población adulta mayor<sup>vii</sup> (4).

El primer quinquenio de la década de los sesenta la Región, con 166 millones de habitantes, presentó la tasa de crecimiento más

alta de su historia (2,8 % anual) y se produjo en un contexto donde rondaba el fenómeno de la explosión demográfica. Sin embargo, la alta fecundidad, alrededor de 6 hijos por mujer, tomó el camino de descenso que previamente había seguido la mortalidad. Con una inmigración cada menos significativa, se produjo una disminución en la tasa de crecimiento, que llega en la actualidad al 1.6 %, anual (4).

A mediados de la década de los sesenta la mayoría de los países de América Latina y el Caribe iniciaron el proceso conocido como transición demográfica. Este proceso no se ha presentado de manera uniforme entre los países ni al interior de ellos. Actualmente coexisten diversas realidades, asociadas con el estadio de la transición demográfica. Este hecho ha traído consigo implicaciones sociales, éticas, económicas y políticas de distinta prioridad y grado de atención según cada situación nacional y local. Asimismo se evidencian diferencias interregionales y según grupos sociales, aunque han ido disminuyendo con el avance del proceso de modernización y la preeminencia de la vida en ciudades<sup>viii</sup> (5).

Las diferencias internacionales e intranacionales tienen su origen, principalmente, en la acción de factores de tipo socioeconómico, sociocultural, político y ambiental. Esto hace que no sea casual poder agrupar a los países que tienen similares dinámicas demográficas y establecer perfiles socioeconómicos que, con los matices individuales presentes en cualquier agrupación de este tipo, permite describir un comportamiento relativamente homogéneo y diferencial de aquellos grupos de países con otras dinámicas demográficas. Como producto de sus particulares dinámicas demográficas,

<sup>vii</sup> En nuestra Región la población mayor de 60 años alcanza al 10%. Se proyecta para el 2050 un 22%. Este porcentaje ya ha sido alcanzado actualmente por los países más desarrollados .

<sup>viii</sup> Entre 1970 y 1998 el número de ciudades en el mundo con más de 10 millones de habitantes aumentó de 3 a 18 (1). En América del Sur en 1950 sólo habían 5 ciudades de más de 1 millón de habitantes; en 1990 ya habían aumentado a 31.



estos grupos de países presentan desafíos también particulares en materia de demandas futuras de servicios sociales. La aplicación de políticas públicas, y particularmente de políticas sociales orientadas a la población de menores ingresos, debe considerar el estado de las transiciones y sus características asociadas. Así, los países que presentan un grado mayor de adelanto pueden servir de ejemplo a los países en etapas menos avanzadas de los desafíos que tendrán que enfrentar una vez ingresen a estadios superiores de transición demográfica, en particular aquello que diga relación, por ejemplo, con los cambios en los patrones de la morbilidad, las causas de muerte, las consideraciones de orden previsional, entre otras.

Los actuales indicadores poblacionales de América Latina y el Caribe y su evolución en las últimas décadas muestran que se está avanzando en la transición demográfica. Este enfoque –que algunos autores elevan a teoría– surgió de la observación de regularidades en el comportamiento de la población de los países occidentales, que pasaron desde niveles altos de natalidad y mortalidad a niveles bajos en ambas variables, como consecuencia del proceso de modernización que presentó una faceta territorial claramente urbana-metropolitana ligada a la industrialización.

En América Latina y el Caribe se ha podido observar que la disminución de la mortalidad, y especialmente de la fecundidad, ha comenzado en los estratos socioeconómicos más altos de la sociedad para luego difundirse a la sociedad en su conjunto. Esto implica que la transición demográfica está más avanzada en los países de mayor nivel de desarrollo y, al interior de los países, en los estratos sociales de mayores ingresos. Este hecho conduce a iniquidades sociales que se manifiestan en la salud de la población de los países con rezago. En un importante documento elaborado en conjunto por la

CEPAL y OPS se señala que “en los países con mayor nivel de ingreso y mayor desarrollo social de América Latina y el Caribe, la mortalidad estimada de menores de 15 años representa menos del 10% de la mortalidad estimada total, mientras que más del 70% corresponde al grupo de 45 años o más. En cambio, en los países con menor desarrollo económico y social de la Región, la mortalidad de menores de 15 años representa generalmente más del 50% del total y la de mayores de 45 años menos del 40%” (6, p.19).

La observación de la dinámica de población de los países de América Latina y el Caribe permite distinguir diversas situaciones en el proceso de transición demográfica. Estas situaciones resultan de la combinación de distintos niveles de natalidad y mortalidad, cuyo resultado se expresa en diferenciales tasas de crecimiento y de estructura por edades.

Considerando las tasas de natalidad y de mortalidad para el quinquenio 1990-1995 han podido distinguirse cinco situaciones, que dependen de los niveles en las tasas de natalidad y de mortalidad. Estas situaciones implican combinaciones de niveles altos, intermedios o bajos en relación a los valores presentes en la Región, permitiendo conformar grupos de países con situaciones relativamente homogéneas, a pesar de las inevitables diferencias entre ellos<sup>ix</sup>. Evidentemente, la ubicación en una u otra situación resulta de avances paulatinos en la evolución de los indicadores demográficos, lo que dice relación con distintas fases de la transición demográfica.

<sup>ix</sup> Tasa de natalidad alta: 30 - 40 por mil; intermedia: 22 - 30 por mil; baja: 6 por mil o menos.

Tasa de mortalidad alta: 9 - 12 por mil; intermedia: 6 - 9 por mil; baja: 6 por mil o menos .

## **La composición por grupo de edades de países en América Latina y el Caribe según situación demográfica**

Uno de los efectos más importantes de la disminución de la natalidad y, en menor medida, de la mortalidad, es el envejecimiento paulatino de la población. La transformación de la estructura por edades imprime demandas sociales, económicas y políticas particulares. También obliga de manera inevitable, y bajo presión cultural, a un replanteamiento de los cánones éticos vigentes. Aparecen con fuerza en aquellos países más envejecidos los temas relacionados con los derechos y deberes al interior de la familia. Surgen también con fuerza las discusiones respecto del papel de las políticas públicas en el ajuste de las iniquidades que emergen de las relaciones de carácter privado al interior de la familia.

El principio bioético de la justicia, donde las obligaciones de política pública (sean éstas de carácter público, privado o mixtas) tiende a desplazarse claramente desde las atenciones en salud hacia la población infantil, básicamente orientada a la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez, en aquellos países más jóvenes, mientras que en los países más envejecidos la atención se desplaza hacia las enfermedades crónicas y degenerativas así como también aumenta la preocupación por una adecuada inserción social de las personas mayores a fin de luchar contra la denominada muerte social, más aún cuando la atención sobre la esfera familiar, allí donde debería ejercerse la beneficencia sin intervención de agentes externos, pierde fuerza y se muestra cada vez menos nítida.

Se desprende que la discusión sobre la familia y los aspectos legales que la regulan son temas de primera importancia en los países de la Región. Por un lado, en los países menos avanzados en la transición demográfica, que coincide estrechamente con el nivel de desarrollo humano (7), se puede notar

una mayor demanda por justicia y equidad social y los temas valóricos al interior de la familia, los cuales muestran una tendencia a seguir siendo resueltos por acuerdos privados, según las pautas que dictan las costumbres. Por otra parte, en los países de mayor desarrollo la tendencia es que, junto a las demandas por mayor justicia social con los mayores, se plantean discusiones sobre la regulación de nuevas formas de agrupamiento familiar y de las relaciones humanas al interior de ésta.

Se exige asimismo mayores grados de autonomía ligado a la preeminencia creciente de la persona como sujeto social y el debilitamiento de los grupos de pertenencia tradicionales como punto de referencia. Vemos, pues, una sinergia entre la persona y el Estado, abandonando paulatinamente el apego a los círculos intermedios afectivos y decisionales. En este sentido bien vale citar a G. Simmel cuando dice: “mientras para Aristóteles la coordinación político, social en que vive el individuo constituye la fuente de las normas éticas, el interés estoico, por lo que toca a la práctica, se refiere sólo a la persona individual. El ascenso del individuo hacia el ideal prescrito por el sistema llegó a ser tan exclusivamente la égida de la práctica estoica, que las relaciones de los individuos entre sí sólo aparecían como un medio para conseguir aquel fin ideal, individualista. Pero el contenido de este fin viene determinado por la idea de una razón universal, que penetra todo lo individual. De esta razón, cuya realización en el individuo constituye el ideal estoico, participan todos los hombres. La razón constituye el lazo de igualdad y fraternidad entre todos, por encima de los límites impuestos por la nacionalidad y la sociedad. Por eso el individualismo de los estoicos tiene como complemento su cosmopolitismo. La ruptura de los lazos estrechos sociales, ruptura que en aquella época se veía favorecida por las circunstancias políticas y por ello la reflexión teórica, trasladó el punto central del interés ético ha-

cia el individuo, por una parte, y, por otra, hacia el círculo más amplio de todos, aquel a que todo individuo humano pertenece como tal.” (8, p.763).

En las fases iniciales de la transición demográfica el control de la mortalidad infantil y de la niñez determina un incremento del número de niños que sobreviven en cualquier momento dado del ciclo vital de la familia. Este proceso, si bien es muy rápido y concentrado en el tiempo, ejerce presiones sobre los recursos del hogar y puede contribuir a impulsar otros mecanismos que generen pobreza desde el momento que aumenta la razón entre niños y adultos. En la fase opuesta de la transición, cuando disminuye la fecundidad, puede producirse otro efecto susceptible de generar pobreza, y que aparece cuando las tasas de fecundidad descienden súbitamente a niveles muy bajos. Ya sean sociedades rurales o urbanas con un elevado nivel de segregación y bolsones de pobreza, los ancianos dependen del apoyo de sus hijos y los planes de jubilación ofrecen una protección muy endeble, el aumento de la razón entre ancianos y adulto ejercerá, pues, una presión negativa sobre el nivel de vida de los ancianos, ya deteriorado por la creciente fragmentación y la separación de parientes de distintas generaciones, como consecuencia de la mayor movilidad.

La diversidad en la estructura etaria de los países de la Región está asociada a los distintos momentos en que cada uno de ellos inició la transición de su natalidad y su mortalidad y cuyos efectos sobre la estructura por edades son observables en el largo plazo. A la luz del panorama observado en la Región, y como es esperable, las diferencias para la temática del envejecimiento cobran importancia en la última situación transicional que, de todas formas, no alcanza aún los niveles de los países más desarrollados.

Un primer grupo está compuesto por Bolivia y Haití que muestran altas tasas de mortalidad y natalidad con un crecimiento

demográfico cercano al 2,5% anual.

Un segundo grupo está constituido por Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, países con tasas de mortalidad menores que las del grupo anterior, pero que aún mantienen elevadas tasas de natalidad, situándolos como los países de mayores tasas de crecimiento natural, cercanas al 3%.

Una de las características demográficas principales de los países en situaciones de transición demográfica poco avanzada (primer y segundo grupo) es la juventud de su estructura por edades: cerca del 60% de su población es menor de 25 años y menos del 4% tiene más de 65 años. Esto imprime una importante demanda en materia de educación: si se considera sólo la educación preescolar y primaria (0 a 14 años), el grupo demandante representa alrededor del 40% de la población total. La juventud de su estructura por edades se manifiesta también en los altos índices de dependencia. Por ejemplo, en los países del segundo grupo la relación de dependencia es de 88 en edades teóricamente dependientes (población infantil y mayor de 65 años) por cada 100 potencialmente activas (15 a 64 años) (7).

Considerando la estructura por edad de estos países, las políticas sociales están fuertemente tensionadas por la necesidad de atención, en salud materna infantil y educación preescolar y primaria. Respecto de la educación, el principal objetivo de estos países es aumentar la cobertura más que mejorar su calidad. Este último aspecto imprime una dificultad adicional al desarrollo, considerando que el mejoramiento del nivel educativo de la población es el agente más eficaz para avanzar en el proceso de modernización, el cual está íntimamente ligado al paso de un estadio transicional a otro (7).

El tercer grupo, integrado por Ecuador, El Salvador y Perú, presenta tasas de natalidad y mortalidad intermedia respecto de los otros países de la región, con una tasa de crecimiento natural algo superior al 2%.

Un cuarto grupo está integrado por Colombia, Costa Rica, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela. Si bien presentan una tasa de crecimiento similar a la del grupo anterior, éstas se deben a una natalidad intermedia y una mortalidad baja.

Los países que se encuentran en esta situación intermedia (grupo tres y cuatro) presentan una estructura etaria similar y menos joven que las de los grupos anteriores, producto fundamentalmente de sus menores niveles de natalidad: alrededor del 50% de su población es menor de 25 años y poco más del 4% tiene más de 65 años (7). En estos países existe también una importante demanda por educación, que en el caso de la educación primaria es de alrededor del 35% de su población total. Sin embargo, la población en edades activas tiene mayor peso que en los primeros dos grupos, por lo que la demanda de empleo es también mayor, especialmente en lo referente a la creación de nuevos trabajos para quienes ingresan a las edades potencialmente activas. Hacia el 2025 estos países serán los que tendrán los menores índices de dependencia de la región con alrededor de 50 personas en edades dependiente por cada 100 activos. Derivado de este hecho nace el concepto de bono demográfico el cual supone que el aumento de las personas en edad de trabajar respecto de las dependientes podrán apoyar el depegue económico y contribuir a mitigar la carga económica de la población dependiente. Desde un punto de vista numérico esta afirmación es cierta; sin embargo, es necesario incorporar dos elementos importantes para el análisis: la proporción de dependientes se inclinará hacia los adultos mayores, donde sabemos que el costo es cerca de tres veces el de la población infantil; el segundo dice relación con la actividad real de la población en edad activa, tomando en consideración el alto nivel de desempleo estructural en los países de la Región y desigual distribución del ingreso. Entonces, el bono demográfico bien podría transformarse, de no mediar políticas

sociales adecuadas, en un bono para la marginación y explosión social.

La mayor presencia de población adulta en un contexto moderno y con mayores niveles de educación no correspondidos con trabajos correlativos puede generar nuevas dificultades sociales. A este respecto la CEPAL dice que “La frustración de expectativas puede ser grande, en especial entre los jóvenes con mayor acceso a la información y estímulos que se constituyen en símbolos de movilidad social y que están fuera de su alcance. También los adultos intermedios se enfrentan a cambios productivos que limitan sus oportunidades y los confinan a trabajos poco valorados y sin opciones de movilidad” (9, p.85).

El quinto y último grupo lo integran Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay, países con baja natalidad y mortalidad diferencial con las tasas de crecimiento natural más bajas de la región, de 1.6% o menos. Estos países, que se encuentran en la etapa más avanzada de la transición demográfica, presentan los menores niveles de natalidad de la Región y niveles heterogéneos de mortalidad, fenómeno asociado a la estructura por edades de la población y a la mortalidad diferencial por edad.

Con niveles bajos de mortalidad se encuentra Chile, país que presenta una estructura por edades más joven que el resto, con excepción de Brasil<sup>x</sup>. Con niveles intermedios están Argentina y Cuba, que presentan estructuras por edad más envejecidas. También con un nivel intermedio está Brasil, cuya tasa de mortalidad estaría afectada por los niveles aún altos de su mortalidad infantil.

---

<sup>x</sup> Brasil es un caso muy especial toda vez que debido a su extensión y tamaño poblacional presenta realidades muy diversas al interior de su territorio. De hecho, si revisamos los indicadores demográficos y de desarrollo veremos que coexisten niveles muy atrasados y avanzados. Por esto hay que tomar con mucha precaución los datos promedio de Brasil.

Por último, Uruguay presenta un nivel más elevado de mortalidad, similar a los países del primer grupo, que resulta de su condición de país con la estructura por edades más envejecida de América Latina y el Caribe<sup>xi</sup> (7).

En estos países con una fuerte y creciente presencia de adultos mayores la cobertura y beneficios previsionales serán un componente cada vez más importante de las políticas públicas, procedan éstas del Estado o del sector privado<sup>xii</sup>.

### Cambios sociodemográficos y consideraciones éticas

A la luz de los antecedentes demográficos suscitadamente mostrados para los países de la Región, surgen un conjunto de reflexiones iniciales de carácter socioético que intentan abrir la discusión sobre estas

interfaces. Pensamos que son temas comunes a todos los países de la Región, con prioridades necesariamente distintas según sea su posición en la etapa de transición demográfica.

a. La esperanza de vida a partir de los 60 años es de alrededor de 20 años en prácticamente todos los países de la Región. Cabe destacar que la sobrevivencia a contar de los 60 años ha mostrado sólo un leve incremento en las últimas décadas. La esperanza de vida ha aumentado 20 años en la segunda mitad del siglo XX, fundamentalmente producto de la drástica disminución de la mortalidad infantil que a su vez ha sido producto básicamente del mejoramiento de las condiciones de vida globales de la población.

Así, el envejecimiento aparece en los países de transición más avanzada en la Región, como un fenómeno vinculado, más que al alargamiento de los años de vida en la edad mayor, al aumento del número absoluto de personas en ese grupo etario. Además, al claro mejoramiento de la calidad de vida en los años de sobrevivencia con implicaciones ciertas en cuanto a las preocupaciones bioéticas sobre el fin de la vida y las formas de integración social de este grupo poblacional.

b. La relación de masculinidad, muy pareja en promedio, tiende a desbalancearse en las edades mayores como consecuencia de la menor esperanza de vida en los hombres. En los mayores de 60 años por cada 100 mujeres hay 75 hombres y en los mayores de 75 años hay prácticamente dos mujeres por un hombre. Esto nos lleva a una reflexión acerca de la relevancia del mundo femenino en los temas bioéticos relacionados con las etapas finales de la vida que será necesario trabajar con particular atención. Más aún si consideramos que casi la mitad de los adultos mayores no tiene pareja.

c. Respecto de la pobreza, es común señalar que la población adulta mayor está en condiciones de pobreza mayor que la población en su conjunto. No obstante, existen

<sup>xi</sup> En este grupo de países con el mayor grado de envejecimiento de la Región se pueden distinguir las siguientes estructuras básicas:

**Brasil:** cuenta con una estructura por edades más joven: 51% de su población tiene menos de 25 años y menos del 5% tiene más de 65 años.

**Chile:** su estructura etaria es algo más envejecida que la de Brasil y más joven que la del resto de los países que están en esta situación: 47% de su población tiene menos de 25 años y 7% de su población tiene más de 65 años.

**Argentina y Cuba:** estos países presentan un porcentaje mayor de personas que tienen más de 65 años (9%). La proporción de menores de 25 años es mayor en Argentina que en Cuba (47% contra 40% respectivamente).

**Uruguay:** es el país con la estructura por edades más envejecida de América Latina y el Caribe: 12% de su población tiene más de 65 años. Además, 41% de su población es menor de 25 años.

<sup>xii</sup> Respecto de los adultos mayores que no perciben ingresos previsionales ni laborales en la Región CEPAL dice que «fluctúa entre 40% y 60% en los países de la región que presentan niveles bajos o muy bajos de cobertura previsional. Este porcentaje se reduce a menos de 25% en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, países que tienen tasas relativamente amplias de cobertura previsional».

datos que muestran situaciones diferentes para aquellos países con mayor cobertura previsional y mejores condiciones en la tenencia de una vivienda, que corresponden, por cierto, a aquellos países de mayor desarrollo y que se encuentran también en etapas más avanzadas de la transición demográfica<sup>xiii</sup>. Es muy posible que debido al tamaño familiar que se traduce en un elevado porcentaje de personas solas, sobre todo en los países más desarrollados de la Región, el ingreso per cápita redunde en un nivel superior a la línea base de pobreza, sin que se considere apropiadamente el nivel y tipo de gastos en que deben incurrir las personas de mayor edad, fundamentalmente para su salud.

d. Los adultos mayores del 2025 serán mucho más educados que los actuales<sup>xiv</sup> (10). Este hecho es de particular significación toda vez que en sólo dos decenios la población adulta mayor tendrá un nivel de educación formal mucho más elevado que hoy en día, lo que permite pensar que las necesidades y demandas socioculturales serán más diversas y exigentes. Es muy posible pensar que los temas bioéticos tendrán mayor importancia debido no sólo al aumento numérico y relativo de los adultos mayores sino que la mayor educación colocará en un plano más destacado la exigencia social por mayores grados de autonomía, un trato digno, un papel más preponderante en la relación médico/paciente, mayor ingerencia en los diagnósticos, los tratamientos y, crucialmente, aprender a vivir la muerte. También habrá más presión organizada por justicia y equidad social y generacional.

---

<sup>xiii</sup> En el caso de Chile para el año 1998, un 22% de los hogares chilenos se situaba bajo la línea de pobreza, y sólo lo hacía un 11% de los adultos mayores. Sin embargo, la distribución del ingreso considerando los quintiles extremos era mayor que en el conjunto de la población.

<sup>xiv</sup> En Chile, el 15% de los adultos mayores de 60 años son analfabetos contra un 4,6% de la población total y un 2,9% de la de entre 15 y 59 años.

La CEPAL apunta que la educación y el empleo son las llaves maestras para la equidad “El acceso a la educación y, más en general, al conocimiento y la información, proporciona la mejor posibilidad de construir ámbitos más equitativos, desde los cuales superar la desigualdad en subsistemas más estratificados, como el mercado de trabajo y la participación en el poder. El empleo es, por su parte, el principal medio de generación de ingreso del grueso de los hogares y, además, un mecanismo de integración social y realización personal” (11, p.28-29). Y luego continúa: “si no se logran avances respecto de los derechos económicos, sociales y culturales, los derechos civiles y políticos, tan difícilmente alcanzados, tienden a perder sentido para los sectores con menores recursos y más bajo niveles de educación e información. Pobreza y ausencia del ejercicio de la ciudadanía van muchas veces de la mano. Ambos conjuntos de derecho configuran, por lo tanto, un verdadero marco ético para las políticas económicas y sociales y el ordenamiento político” (11, p.29).

En cuanto a los adultos mayores su grado de participación laboral tiende a incrementarse ante la ausencia de un ingreso previsional suficiente. Esa participación decrece rápidamente a medida que se elevan las tasas de cobertura (12).

A su vez, parece importante seguir revisando y dialogando sobre el concepto y práctica de la jubilación. Los profundos cambios en las formas de trabajo (duración y tipos) debería conducir a rehacer la forma de articular la actividad productiva social, la individual y la puramente recreativa.

e. Actualmente nos enfrentamos a un hecho inédito en la historia humana cual es la coexistencia de tres y hasta cuatro generaciones, en buenas condiciones físicas y mentales. Esto nos presenta el desafío de la convivencia y las relaciones interpersonales que transitan entre la autoridad basada en la jerarquía por orden de nacimiento, la mejor

absorción de las nuevas tecnologías para trabajar y desenvolverse en la vida moderna, principalmente urbana y los conflictos derivados de la transmisión intergeneracional de la pobreza o la riqueza.

A pesar de la presencia en vida de varias generaciones, el tamaño de la familia tiende a disminuir (por la baja de la fecundidad) y la interacción en ella también. La vida en grandes ciudades y los largos desplazamientos han ido atentando contra el fortalecimiento de los lazos familiares. Además las viviendas son cada vez más pequeñas y los jóvenes tienden a socializarse con su grupo de pares sin interactuar mayormente con sus padres o abuelos, provocando una menor transmisión de los valores y esquemas de comportamiento seculares.

La gran mayoría de los adultos mayores latinoamericanos vive en hogares multigeneracionales. En las zonas urbanas entre el 67% y el 87% de ellos viven en estas condiciones. Las excepciones las constituyen Argentina y Uruguay, países con un alto grado de envejecimiento, donde el 54% de los adultos mayores viven en hogares conformados sólo por personas de este grupo etario (12).

En este mismo estudio de la CEPAL se precisa que «los países de la región que tienen una cobertura de sistemas de protección social, ingresos más elevados por concepto de jubilaciones y pensiones, y políticas de salud y vivienda de más larga data y relativamente más universales –principalmente Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay–, permiten una mayor sustentación de estructuras familiares de menor tamaño» (12, p.116).

Estamos en presencia, pues, de un debilitamiento de la familia nuclear. Surgen formas alternativas de familia basadas esta vez en el afecto y la necesidad de compartir experiencias y darle un sentido a la existencia más allá de la descendencia. Por esto es posible comenzar a pensar en fórmulas de equi-

dad intrageneracional y en la aceptación social y legal de nuevas formas de familia o acuerdos civiles solidarios (p.ej. el caso de Francia).

f. Los adultos mayores de hoy son los jóvenes de la década de los sesenta, años de alta fecundidad que repercutió en el fuerte aumento de población mayor de hoy en día. También, en términos sociológicos, época de ruptura y rebeldía con los moldes familiares tradicionales. Los nietos de la generación de los sesenta constituirán hacia el 2025 un grupo etario de primera magnitud, con una sobrevivencia a los 60 años de por lo menos 20 años más, con un grupo familiar consanguíneo reducido por la baja fecundidad de inicios de siglo XXI, con un nivel de educación netamente más alto que sus progenitores y con una calidad de vida muy superior, lo que conlleva, lógicamente, mayores expectativas de una mejor vida y mayores demandas sociales. Esto puede producir, en caso de que las metas no se cumplan a la altura de las expectativas, un proceso de frustración mayor y una sensación de desvalidez frente a la sociedad en la que viven, desconfianza frente al gobierno y una inserción social aun más precaria, respecto de las potencialidades. Esta situación puede revertirse en la medida que la sociedad en su conjunto y sus representantes políticos comprendan ampliamente la importancia absoluta y cualitativa (que en definitiva es la que interesa) de este grupo etario.

g. El estudio de los adultos mayores debe considerar los siguientes ámbitos: los institucionales, que dicen relación con todos los aspectos normativos que pueden ayudar o perjudicar a un grupo etario específico de población; los sociales, que tiene que ver con los cambios en la importancia de los grupos secundarios frente a los primarios en la socialización, y en este caso también podríamos hablar de una necesaria resocialización de los adultos mayores como consecuencia de los rápidos cambios tecnológicos; los culturales, que presentan más permanencia que

los sociales y se vinculan con aspectos de gran importancia hacia el final de la vida, cuales son el sentido de la vida y la trascendencia y la búsqueda de los lazos entre la vida y la muerte que valoricen la permanencia y lo realizado en este tránsito vital; los psicológicos, que dan cuenta de la percepción de sí mismo y de su entorno y aquí juega un papel relevante el tipo de personalidad. No es igual cómo enfrenta la vida, y por supuesto la vejez, un extravertido y un introvertido; o un reflexivo y un intuitivo, por colocar sólo algunos ejemplos.

h. Muy ligado a los ámbitos antes mencionados aparece la dimensión bioética. Fernando Lolas plantea que se puede redefinir la bioética « como el estudio de los juicios de valor que determinan la conducta de las personas en relación con la vida y las técnicas que la afectan» (13, p.79). En este sentido la bioética debería intentar precisar, verbigracia, el grado de autonomía del adulto mayor para enfrentar situaciones límites pre-visibles. Esto significa que la familia y/o los «cercaos relevantes» deberían conocer la forma de pensar y actuar de esta persona y poder tomar acciones concretas llegado el momento crucial. Es muy importante, a nuestro juicio, terminar con el apego irrestricto a la familia consanguínea como una unidad que por arte y magia se transforma en el interlocutor válido en momentos de decisiones difíciles. En los cuidados paliativos se acostumbra a reemplazar la noción de familia por los «próximios» u otra expresión que exprese cercanía afectiva construída entre seres humanos a través de experiencias vividas comunes. Muchas veces quienes están cerca en lo relacional conocen los íntimos deseos y necesidades y pueden transmitirlos sin temores o conflictos de intereses que existirán con mayor frecuencia cuando son familiares consanguíneos.

i. La diversidad de los países de la Región obliga a una consideración particular para analizar los vínculos entre el envejecimiento demográfico, el proceso de vejez, la

calidad de vida y los aspectos sociobioéticos a integrar. UNESCO ha planteado que una ética global debe aportar a la resolución pacífica de los conflictos y permitir que los distintos grupos sociales puedan negociar en condiciones de mayor equidad (14).

j. Las consideraciones sociobioéticas –en particular aquellos principios más cercanos a las ciencias sociales, como son la justicia, medida empíricamente a través de la equidad, los grados de pobreza, el crecimiento económico y su distribución social y la autonomía, medida empíricamente a través de la presencia normativa de derechos y deberes de todas las personas enfrentadas a temas de salud, así como por la consideración legal de las diversas estructuras familiares– deben dar cuenta de la población adulta mayor sobre cuyo esfuerzo se ha montado el diseño y realidad de la vida actual y futura; el futuro corresponde a un acto de imaginación, y esto es su mayor validez, desde el presente. El futuro, no es otra cosa que el presente re-creado. Todo esto cobra aun mayor relevancia en situaciones de aumento constante de este grupo poblacional.

k. La ética es el cimiento que considera en su conjunto los diversos elementos de un conjunto dado, cruzado por las emociones y los sentimientos colectivos. El territorio y la historia definen el componente estético. La ética de la modernidad ha estado marcada por los vínculos contractuales mientras que, en la era de la globalización o posmodernidad, comienzan a tomar fuerza los vínculos de tipo emocional (15). A la luz de esta mirada bien puede decirse que la emergencia de un grupo humano categorizado por la edad mayor, tiende a reforzar el nexo entre las nuevas formas de relaciones humanas (entre individuos y grupos) y social (entre grupos organizados y el Estado) con un fuerte componente emocional que escapa, por ejemplo en el campo de la bioética clínica, a las prácticas conocidas de relaciones entre el equipo médico y la persona que presenta alguna enfermedad. La



emergencia del fenómeno del envejecimiento demográfico y la creciente demanda social por una mejor calidad de vida en la vejez, representa uno de los mayores desafíos para la bioética, la cual debería mostrar toda su fuerza, su vigencia y su capacidad interdisciplinaria, para instalar en la sociedad el diálogo como herramienta fundamental para tender los puentes entre el discurso y la práctica en las interacciones sociales ligadas con el proceso de la muerte, o sea, con la vida.

## Referencias

1. Naciones Unidas. *Crecimiento, estructura y distribución de la población. Informe conciso*. Nueva York: Naciones Unidas; 2000.
2. United Nations Secretariat. *The World at Six Billion. Population Division*. Nueva York: United Nations Secretariat; 1999.
3. Chackiel J. *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Serie Población y Desarrollo N°4. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 2000.
4. CEPAL/CELADE. *América Latina: tablas de mortalidad*. Boletín Demográfico N°67. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 2001.
5. CEPAL/CELADE. *Urbanización y Evolución de la Población Urbana de América Latina 1950 - 2000*. Boletín Demográfico. Edición Especial. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE, 2001.
6. CEPAL/OPS. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile; CEPAL/ OPS; 1994.
7. Agar L, Ferrer M. *Démographie et contexte socio-économique en Amérique Latine et dans les Caraïbes. Actualité Scientifique. Les Transitions Démographiques des Pays du Sud*. Paris: Universités Francophones; 2001.
8. Simmel G. Sociología 2: La ampliación de los grupos y la formación de la individualidad. En: *Estudios sobre las formas de socialización*. Madrid: Colección Ciencias Sociales. Alianza Universidad. Alianza Editorial; 1986.
9. CEPAL. *La brecha de la equidad: una segunda evaluación*. II conferencia regional de seguimiento de la cumbre mundial sobre desarrollo social. Santiago de Chile, mayo de 2000.
10. MIDEPLAN. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica: Casen*. Santiago de Chile: MIDEPLAN; 1998.
11. CEPAL. *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Vigesimooctavo período de sesiones. México, D. F: 3 al 7 de abril de 2000.
12. CEPAL. *Panorama Social de América latina 1999-2000*. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
13. Lolas F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
14. UNESCO. *Nuestra diversidad creativa: informe de la comisión mundial de cultura y desarrollo*. París: Fundación Santa María SM; 1997.
15. Agar L. *Globalización, ética y desarrollo sostenible: apuntes para una integración pendiente*. VII Curso – Taller Legislación de Salud: globalización, comercio internacional y salud. Serie Informes Técnicos N°75. Washington D.C: Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS; 2001.



# MORAL PRISMS: ETHICS AND THE OLDER PERSON

Martha Beller Holstein\*

## Abstract

Bioethical discourse, as it relates to common experiences of older people, has tended to focus on conflictive issues as they arise in long-term care. The primary value that this discourse upholds is autonomy, understood as self-direction, and the method of analysis is generally principle- and rule-based. Many good changes in long-term care have come as the result of these efforts. But much of ethical importance is left out, limited by how this form of discourse defines and addresses problems. This paper explores a more expansive view of ethics that attends to context and the particular features of being an older person in often-inhospitable settings, takes embodiment as a key feature in our moral lives, and situates individuals in important relationships. Using narratives familiar to those who work with older people, especially in clinical settings, this paper will also suggest ways to reconfigure the familiar subject matter of bioethics and long-term care. It will challenge the dominance of existing values and so leave new spaces for ethical action. By bringing in culture, embodiment, and elder subjectivity, it will begin to move from the bioethics of long-term care to a concept of ethics and the older person.

**KEY WORDS:** Ethics; aging; embodiment; Bioethics and long-term care.

## Resumen

### Prismas morales: ética y adulto mayor

El discurso bioético, referido a las experiencias comunes del adulto mayor, ha tendido a focalizarse en los temas conflictivos que se originan en la atención de largo plazo.

El principal valor que este discurso sustenta es el de autonomía, entendida como auto-dirección cuyo método de análisis está generalmente basado en principios y reglas. Muchos cambios importantes en el cuidado de largo plazo se han producido como resultado de estos esfuerzos. Pero muchos aspectos de importancia ética han sido dejados al margen, limitado por la forma en que este tipo de discurso define y aborda los problemas. Este artículo explora una visión más expansiva de la Ética que presta atención al contexto y a las características particulares de ser un anciano, en entornos a menudo inhóspitos; considera la corporalidad como una característica fundamental en nuestra vida moral y sitúa las relaciones interpersonales en un plano de real importancia. Usando un lenguaje familiar para aquellos que trabajan con ancianos, especialmente en ambientes clínicos, este artículo también sugerirá caminos para re-configurar el familiar tema de la Bioética y la atención de largo plazo. Desafiara el dominio de valores existentes, abriendo así nuevos espacios para la acción ética. Al introducir la cultura, la corporalidad y la subjetividad del anciano, la bioética del cuidado de largo plazo se desplazará hacia un concepto de ética y adulto mayor.

**PALABRAS CLAVE:** Ética; envejecimiento; corporalidad; Bioética y atención de largo plazo.

---

\* Ph. D. Park Ridge Center for the Study of Health, Faith, and Ethics.

Correspondence: [mbh@parkridgecenter.org](mailto:mbh@parkridgecenter.org)

## Resumo

### Perspectivas morais: ética e idoso

O discurso bioético relativo às experiências comuns dos idosos tem mostrado a tendência de restringir-se aos temas conflitivos que se originam da atenção de longo prazo.

O primeiro valor apresentado é o da autonomia, entendida como autogoverno, e o método de análise geralmente é baseado em princípios e regras. Mudanças importantes nos cuidados à longo prazo produziram-se como resultado desses esforços, mas muitos aspectos de importância ética não foram contemplados, limitados pelo modelo do discurso e de como foram definidos e apresentados os problemas.

Este artigo explora uma abordagem mais densa da Ética, precisamente aquela que dá atenção ao contexto e características particulares do idoso. Apontam-se situações frequentemente inóspitas nas quais se identificam características fundamentais de nossas vidas morais e o alcance relacional das mesmas.

Usando uma linguagem familiar para os que trabalham com idosos, particularmente em clínicas, a presente reflexão faz sugestões sobre novos caminhos para melhor situar a temática bioética e a atenção à longo prazo. Pretende-se, ainda, desafiar o domínio de valores existentes, abrindo novos espaços para a ação ética.

Ao introduzir cultura, personificação e subjetividade do ancião busca-se afastar da bioética do cuidado à longo prazo e aproximar-se do conceito de ética e pessoa idosa.

**PALAVRAS CHAVES:** Ética; envelhecimento; personificação; Bioética e atenção à longo prazo.

## Résumé

### Prismes moraux : éthique et troisième âge

Le discours bioéthique concernant les expériences communes de l'homme âgé a été focalisé autour des sujets conflictuels qui se développent dans des soins à long terme.

La première valeur que ce discours soutient est celle de l'autonomie, entendue comme l'autoguidage et la méthode d'analyse est fondée, de manière générale, sur des principes et des règles. Grâce à ces efforts les soins à long terme ont été bénéficiés de changements importants. Néanmoins beaucoup d'aspects relevant du point de vue éthique sont restés à l'écart, en raison de la forme dont ce discours définit et aborde les problèmes. Cet article explore une vision plus vaste de l'Éthique, celle qui fait attention au contexte et aux caractéristiques particulières de l'homme âgé – dans des milieux souvent inhospitaliers – qui est personnifiée comme une caractéristique clé de nos vies morales et qui situe à l'individu dans des relations importantes. Cet article, en utilisant un langage courant, adressé à ceux qui travaillent avec les adultes âgés, notamment, dans des milieux cliniques, suggérera également les chemins pour reconfigurer le sujet familier de la bioéthique et les soins à long terme.

Il défiera le domaine des valeurs existantes, en créant des espaces nouveaux pour l'action éthique.

Grâce à l'introduction de la culture, la personification et la subjectivité de l'homme d'un grand âge, l'article commencera à s'éloigner de la bioéthique des soins à long terme pour s'approcher au concept de l'éthique et de l'adulte âgé.

**MOTS CLÉS :** Ethique; vieillissement; personification; Bioéthique et soins à long terme.

## Introduction

The questions of bioethics and medical ethics are not purely intellectual questions. They are questions of the heart as well as the mind, and questions of social organization, not just the marshalling of arguments. It is harder to reform one's heart or one's society than to improve one's arguments. The sort of disciplined reflection we need on these questions is not merely intellectual (1, pp. 14–15).

In the United States, reflections and teaching about ethics and the older person, as an applied field, are relatively recent, dating roughly from the early 1980s. This attention followed the general surge of interest in applied bioethics that began in the mid 1960s; it evolved transferring and modestly adapting to long-term care the principle and rule-based model developed during the previous decade for use in acute care settings. Now, at the turn of the century, it seems appropriate to acknowledge all that was achieved but also necessary to move in new directions. These new directions encompass close to the ground ethical questions that one encounters in the clinic, the hospital, or the home to questions that touch upon the vast reaches of molecular biology and the threat or promise of "immortality." Joining these issues are questions that involve public policy, which contributes to (or detracts from) the functioning and indeed the moral legitimacy of institutional and other structures. Add to that the complex problems that age, gender, class, race, and other inequalities contribute to the universe of problems compelling attention. More fundamentally this enlarged terrain also challenges the now-familiar bioethics discourse, which not only identifies the problems that come under moral scrutiny but also delimits the strategies we use to analyze them (2).

In this paper, my goals are both more modest and more ambitious than skimming

over this range of issues. My orientation, most broadly, uses insights from feminist philosophy and postmodernism(s) to open the scope of ethical discourse so that it is sensitive to context, which may be as intimate as one's body or as broad as one's gender, race, age, or ethnicity. It asks us to think how it might matter ethically that one is an 86-year-old woman from a minority culture. It queries how age itself challenges the standard repertoire of issues in bioethical discourse. And, it moves us from the limited focus of traditional bioethics to a more expansive notion of ethics and the older person. This approach leads to skepticism about overarching truth claims and the practical usefulness of much moral theorizing in guiding specific action. In my re-imagining the world of ethics and old age, I turn to the words of T.S. Eliot in *Little Gidding*:

*We shall not cease from exploration  
And the end of our exploring  
Will be to arrive where we started  
And know the place for the first time  
(3, p. 59).*

I think this is where we need to be in reflecting about ethics and old age. The territory is familiar; we have mapped the terrain and now we must study it at close range. I will touch upon approximately fifteen years of good work already done while examining that work with different filters. These filters will emphasize the ethics of the everyday, those gestures, behaviors, and words that elevate the seemingly mundane to the ethical importance they merit. These day-to-day behaviors make a common moral world possible and call upon us to make ongoing adjustments through shared conversations. Philosopher Owen Flanagan has likened morality thought about this way to social ecology: "*ethics . . . is part of human ecology concerned with saying what contributes to the well-being of humans, human groups, and human*

*individuals in particular natural and social environments.*” (4, p. 36). Standard approaches to bioethics have tended to obscure this kind of ethical analysis. I am also interested in seeing other ways to think about or reconfigure the familiar subjects of bioethics. The last aspect of ethics that I will discuss is the furthest from contemporary approaches to bioethics. This aspect involves cultural norms and ideals and how they shape identity, a feature of human life that supports morally important qualities such as self-respect and human flourishing (5).

### **Ethics, aging, the Canon, and beyond**

I start with what should be simple and suggest how age complicates even the simple. To start, let me look at bioethics’ traditional territory. Matters of informed consent, truth telling, confidentiality, and so on apply to the old as they do to any other age group, with, however, one important exception. Ageism, or the systematic devaluing of older people, to which I will return below, is not a new phenomena and, despite decades of efforts to eliminate it, it has not disappeared from health care or, indeed, from society. Physicians, for example, still turn to sons and daughters and even relative strangers to ask questions—sometimes very personal ones—about competent older people who are very visibly present. Not long ago, a resident doing rounds in a nursing home was interviewing a patient with self-reported abdominal discomfort. He asked her repeatedly if she had had a bowel movement (I might add this is the single most commonly asked question in nursing homes). She just as repeatedly said yes. He then turned to me (the ethics consultant on the team but also this woman’s friend) and asked me the same question. I could only respond—ask her!—thereby revealing the importance of the ethics consultant. This matter is a serious one; until such time as people can no longer make sense

of their environments, they generally wish to be who they are and have been (6, 7); refusing to listen to their responses about their own bodies denies them adult status and belittles personal integrity.

I mention ageism, and give this example, because no encounter with another person comes unmediated by our personal and cultural values, attitudes, prejudices, beliefs, and other conscious or unconscious stereotypes. So even though the standard repertoire of issues in bioethics applies to the elderly as to all others, persisting beliefs about the aged that often are gender-specific mediate their use. Older women’s wishes, for example, are less likely to be respected by their doctors than the wishes of their male age peers (8). In art, death assumes a female form (9). Discounting older people has a long and not so illustrious history in medicine. To harm the old, behavior does not have to be as crude as Samuel Shem describes in *The House of God* but a youthful (and potentially curable) body holds allure for biomedicine that the aging body, nicknamed the GOMER (get out of my emergency room), cannot match (10). It can be as simple as not speaking directly to the patient or as complex as relying on depersonalized care like the use of artificial feeding and nutrition for the person with dementia. Both deny relationship and permit distancing from the aesthetically displeasing aging body (11).

Unlike decision-making in acute care settings, the frequent and varied disabilities that often accompany old age can create problems that are rarely solvable. An uncertain but mostly downhill course places demands on health and social service providers that generally lie outside the scope of bioethics’ standard repertoire. Mrs. Porter, at 94, lived in an independent living residence that was attached to a nursing home. As her physical condition deteriorated she insisted on remaining in her apartment. No other option made sense to her. The discussion among her family, her physician,

the nursing home administrator, the director of nursing, and me was what to do about Mrs. Porter. While she adamantly refused to leave her apartment the administrator feared that she would fall; the family was very anxious about her safety; the attending physician leaned toward the “oops we can easily get in trouble” side. The familiar paradigm that pits autonomy (as self-directed choice) against best interests could only take us part of the way in supporting Mrs. Porter. We honored her choice to stay in her apartment for as long as we could –asking her to also make compromises– and then acted in her best interests when we insisted that she move to the nursing home. But how remiss we would have been if we viewed this moral framing as the only way to consider this situation. It took what philosopher Harry R. Moody has called a communicative ethics (12) or an expressive–collaborative process as opposed to a juridical one described by philosopher Margaret Urban Walker (13) to decide how to honor Mrs. Porter’s most fervent wish to stay at home while assuaging the fears of her family, the nursing home administrator, and the attending physician. Regular, open, equal, and free–flowing conversation among members of the team, working with Mrs. Porter, led to a concrete identification of the moral ends we sought in her care and the accommodations necessary by each person involved, including Mrs. Porter. It took recognizing that safety was about more than physical safety and that home, with all its positive connotations, had a psychosocial value that contributed to the continuity of self (14, 15). For her part, Mrs. Porter had to agree to more interventions than her conception of independence (which in itself is a problematic ideal) would have allowed but that contributed to meeting her own ends and protected her important relationships with her family and the medical team.

When Mrs. Porter had to move to another setting we had to rethink what her claims for respect and moral worth required of us. This

effort took us beyond autonomy as we sought ways to honor her feistiness, her still–strong political commitments, and her need to be reassured about the many symptoms that scared her so much. With Mrs. Porter, it was not the choice itself that ultimately made the difference.

A postmodern ethics exposes the hidden assumptions and presuppositions that support the commitment to autonomy as self–direction. These cannot account well for frailty, dependency, poverty, professional power, or other individually held moral values (2, 17). Not does it account for the social conditions that limit options for some more than for others. Choosing is only one narrow aspect of our moral lives; while Mrs. Porter insisted on getting what she wanted, people in some traditions would not even countenance individual choice as a value worth upholding. For all of us, it is a minimalist concern, perhaps the beginning of moral engagement –for some– but hardly the end of it. Further, the stress on autonomy, as traditionally conceived, often ignores the limits that very sick older people have in making choices and the limits that staff face in virtually all health care settings. The focus on a certain view of autonomy, which rests on a particular description of what kind of people we are, also renders relationships, especially those with family members, as optional rather than an integral part of our identity and the source of obligation.

A situation illustrates this point. A wife is at the bedside of her husband who is close to death. He has been ventilator–supported for about 10 days in the hope that he could be weaned from it shortly. It has become clear to all the medical personnel that weaning him from the ventilator will result in his death. He has designated his wife as his proxy and has indicated that he does not want to be sustained mechanically if he cannot be returned to a condition approximating his prior life. The wife pleads with the attending physician not to take him

off the vent, at least not just yet. She's not expecting a miracle; she only wants him around a little longer. Some questions come up: Is his wife only the transmitter of his prior wishes? Does the patient's expressed former wishes take precedence over all other important moral goods, like the peace and tranquility of a loving family and their need to begin grieving as they say their goodbyes? What if this man and woman had been happily married for 50 years and had tried to accommodate each other in ways that often involved sacrificing their own desires? Can it just be that this man, as he lay dying, might be less concerned with having his expressed wishes followed than knowing that his wife said her goodbyes in a way that brought her as much comfort as possible in the circumstances? Philosopher Margaret Urban Walker reminds us that preserving integrity is a central moral value for most people (17).

Working with aging people in such settings where the likely outcomes are continued decline and ultimately death is particularly difficult. These situations are usually rife with complexity, ripe with often unexpressed feelings, and marked by conflicting values that have little or nothing to do with making choices. They have to do with getting old in societies that venerate the young; they have to do with the different ways that families grieve and how people in families often do what the others want because that is a more important value than getting their own way. In no situation would I suggest the indefinite use of the ventilator on the man I shall call Mr. Tomas. But I would want to give the family with whom he has shared the last 50 years of his life some time. If relationships count for something, then Mr. Tomas's integrity, self-recognition and self-esteem might better be served by honoring his wife's wishes rather than his own. The power of advance directives (living wills, and durable powers of attorney for health care) is the belief that they allow health professionals and families to do what

the patient wanted but what the patient would have wanted, if he had been able to reflect on his actual situation, might have not been about his medical care.

So an alert is in order: how might a preoccupation with autonomy offer us a means of escape, a way to disengage from the more difficult and painful parts of being with ill and dying people? Autonomy lets you stand at arms' distance. While the good parts of an autonomy model are evident it also contains hidden assumptions about what we ought to value and why. These values may not be the most important ones for a good number of people who are ill or dying.

### **Shifting the prism: another view of ethics and the individual**

Dying exemplifies the limits of a focus on decision-making. Imagine the dying person as yourself. What about all those matters calling for attention: making amends, showing love, paying attention to small matters of comfort. Instead demands of decision-making often divert us. We are kept busy focusing on treatment options, obtaining information (the internet compounds this seemingly unceasing quest for more information as if that search can ease the burden of dying), getting second and even third opinions. This activity leaves little time for the loving gesture, the sheer physicality of a living presence, and the ending of a life narrative (18).

We cannot avoid the fact of death and the facticity of human suffering. Victor Frankl, the prominent founder of logotherapy and a survivor of the Nazi's murderous assaults on not only human life but their efforts to erode human dignity (ultimately it was the Nazis themselves who lost even the remnants of human dignity), told us that there comes a point when all we can do is to adopt an attitude toward our suffering since the suffering itself cannot be taken away (19).



But in thinking about ethics, we must struggle not to abandon the dying. We all know the language of palliation and hospice. While often wonderful and well-suited to a patient, we still must ask: How often do physicians and other health care providers turf people who are dying to a palliative care specialist or a chaplain they do not know almost without warning? How often do their own doctors abandon them when cure is no longer possible with the careless words, “there is nothing more I can do”? A very elderly physician once said to me, “I teach my residents that they must never let a patient die alone. I have sat beside patients on many a night just holding their hand so that they knew I was with them when they died if they had no one else”<sup>1</sup>. In a recent novel, an elderly gentleman stands silently outside the door of his dying friend’s hospital room watching intently, deeply present. When he walks in and they talk for a bit, he asks his friend if there is anything that he can do. The friend said please rub lotion on my very, very dry feet (20). In an interesting irony, perhaps a postmodern ethics can return us to an ancient one when the virtues and ideas about human good and not choice occupied a central place in ethical thinking. Inadvertently, technical medicine and documentation of end of life wishes can become the substitute for compassion and understanding.

### **The ethics of the everyday**

Let me turn to the ethics of the everyday. Often it does not require a great deal of money to make ethically important actions happen and sometimes it does not even take much time. Such everyday ethics is about a way of life, part of the everyday world in which we live, work, and care about others. It is about rubbing lotion on the feet of our dying friend. We live our morality in our day-to-day lives by exhibiting responsibilities for things open to human care and response (13). Hence, much that is ethical occurs when we are

hardly paying attention: how we talk to someone, how we greet an older person, what words we choose to use—the disrespectful he “was” a lawyer; she’s “just” using her old social skills; how we work with our colleagues, and how we learn about and honor differences. Philosopher and novelist Iris Murdoch observed that the quality of what happens between moments of choice importantly affects those choices (21). These times between moments of choice remain invisible if our primary ethical orientation is directed at rights, conflicts, moments of choice, and on the resolution of conflicts through the top-down application of principles. It cannot, for example, include the denser ethical questions about how health professionals can help older men and women flourish despite loss; and what goals and cultural norms will help achieve those ends.

To do that well requires the attentiveness that writers such as Iris Murdoch (21) speak to so eloquently. It does not require adherence to one or another moral theory, which is apt to lay out a number of possibilities *if* circumstances were ideal. Finely tuned ethics and aging demand finely moral perception; the need to notice what often gets lost when we study older people as objects or when we apply a set of rules to them without really noticing their individual features and thus do not respond appropriately to their concerns. While we cannot respond to all that we notice, without noticing we see only those moral problems predefined by the canon. So I am speaking of an ethics that takes the “whole of our mode of living and the quality of our relations with the world” (21, p. 97) as our task. You might ask, how can I do that, how can I take on so much. What you can do, as you set out to consider ethics and aging is to commit yourself to paying attention to the language you use, the expectations that you have, the needs that you recognize, the stories you let others tell. The safety you provide so that an old woman can fall gently may overcome

much impatience, bitterness, rage, and sadness that often accompanies growing old and becoming frail.

This ethics is about the everyday encounters we have with people who are facing deep adjustments in their lives for all too familiar reasons. There is no urgent dilemma, or interpersonal conflict that demands resolution but rather a genuine encounter with individuals who may have lost a sense of place, a belief that they have some importance in the world. While practice is often much richer than the verbal description of practice, the words spoken in ethics committees, for example, sound as if ethics is only about addressing dilemmas. Does not ethics have something to say when there is no conflict, no interpersonal dilemma? Do we not owe older people some commitment to hear their stories and to help them recover lost meaning through the re-creation of a self that fits with their changed circumstances?

Everyday ethics is about the way we structure medical care services in our countries. The practices of medicine can destroy the patient's sense of status as an adult, a self-determining person as we press him to assume the moral and the social identity implied by the illness that is diagnosed. Let's take Henry who had been an ardent tennis player all his life. Since retirement, tennis has assumed even greater importance as he continues to develop his skills. But Henry collapses on the court one day. A heart attack is diagnosed and by-pass surgery performed. Henry recovers quite slowly; tennis seems like another lifetime ago. Other problems compound his recovery. Though none are immediately life threatening, he felt as if he aged about 10 years in 10 days. Can Henry, when he is in the hospital with tubes in every orifice, anxiety his central emotion, and people hovering over him at every moment, especially at 2 a.m. be the same man as the tennis-playing Henry? He is living in his

body and that body makes him feel alienated from the great tennis player that he has been. He doesn't recognize the body that he presents to the world. But the body is a source of meaning and meaning-creation. "*It is our internal horizon of knowledge and meaning; it is the perspective that we bring to bear on the world*" (2). As the result of his physical changes, Henry sees the world differently and that world sees him differently. His wife's concern, the cardiologist's whispers outside his room during rounds; the medical student listening intently to his heart sounds all contribute to profound changes in his social identity. This is a different Henry than the guy that collapsed on the tennis courts just a few weeks ago. His embodied experience generates new meaning and values; for this reason his body's limits and how it affects his relations to others has ethical value (2). To talk about Henry's autonomy at that moment may not be Henry's central moral concern. What do we owe Henry now that his body and its limits have become so determining of what he can do? What ethical possibilities exist in our moment-to-moment encounters with Henry? What physician and philosopher Paul Komesaroff calls microethics (22).

What happens when, in the name of competition, we cut corners? Let us take another patient, Rosa Fabrique. She is mildly demented probably from many small infarcts in her brain. She is also incontinent and severely arthritic. Her latest hospital stay was triggered by a pneumonia that was not resolved. She carries on conversations although at times they are a bit confused. She tugs at her diapers and seems to resent wearing them but the hospital is so short-staffed that she cannot be toileted regularly. She is often angry especially when around the medical residents who give to her day-to-day care and by the medical students who are too uncertain about her condition to talk to her as they would to any other adult. They

haven't learned much about people with dementia although they may know a great deal about amyloid plaques or APOE4. So they tend to discount her. It takes a long time to understand what she is saying and their time is pretty limited. So they rush through their time with Mrs. Fabrique. What moral problem does the situation of Rosa Fabrique represent? How do the special features of her illness make it difficult for her to retain her adult status? How does she try to avoid stigma? Why is this a moral problem? How might gender shape the relationships she has with the staff? When I asked a group of participants at an adult day services center how they knew when someone respected them, one woman, with a diagnosis of Alzheimer's disease, practically jumped from her seat, exclaiming, "when they talk to me like I'm a real person!" A useful insight from Mrs. La Fontaine, an artist, who also happens to have Alzheimer's disease.

### **Reaching to culture: the individual in culture and society**

These examples link the individual to society. I want to explore briefly the ethical implications of the social devaluing of older people, especially women, and people with disabilities (23). An often hidden ageism—directed at people who do not live up to the newest ideals of a healthy and successful aging—operates at the nexus of individual and society, the intangible site where individuals encounter cultural norms and political constraints. Because of its effect on moral identity and integrity, it has important and unexamined ethical implications. The social marginalization of many older people, their invisibility as others define their needs, and their relative powerlessness all have ethical implications. An older woman captured the feeling that expert discourse can create: "*old age is a time of devastating losses: our health, our lifelong friends, our money, our status, our dearest friend of all, our spouse.*

*But we can handle all of these. We can tolerate the ravages of aging. But what we cannot tolerate, what we cannot stand, is for younger people to tell us what is best for us. We just cannot put up with that"* (24).

Women have long done the invisible tasks that allowed others to flourish—husbands, children, and employers; yet, they achieved little moral approbation for these efforts. As women age, cultural marginalization becomes more pronounced. From the perspective of those who embody dominant cultural norms—the world of biomedicine, for example—old women often represent a disruption of the visual field; like others who are classed as abnormal, disabled, or otherwise different, the old come to be seen and evaluated as less—than (25).

What then is the ethical import of this bodily aging in this first year of the 21<sup>st</sup> century? Henry's body was not only aging but it was damaged in ways that required a remaking of his self—valuation as well as the valuing of others. But even without physical or mental damage, the very appearance of the aging body and its "normal" limits would not matter if it were not critically tied to identity, to some notion of who we are, what we take as our ends or purposes, what values we hold dear. And identity has links to other morally important features of human life, in particular, the possibility for well-being. Roughly, human flourishing requires, in addition to identity, self-respect, self-knowledge, friendship, and confident agency (5). Thus, there are close connections between identity and other goods and normative ideals.

If the goals of identity (or a sense of the self) are so important in achieving other normative ideals, then we must consider the ethical implications of cultural norms and ideals. If the self is basically social as many social scientists and philosophers hold, then culture and other aspects of our social lives have much to do with identity creation and

the ability to live morally satisfying lives. Social disregard, if not disdain, of aging represents constant threats to self-esteem and dignity. For older people, it often leads to the separation of “me” from the body, an ultimately defeatist strategy. Most cultures have a long way to go in creating conditions to support the psychological integration of mind and body.

Thus, many contemporary societies present problems for older people who are seeking a strong identity despite loss. This problem becomes confounded by the way culture shapes the impressions and reactions of others. Since there is no transparent encounter with another, societal ageism and its opposite—visions of successful or productive aging—consciously or unconsciously influence our encounters with each older person we meet. We carry impressions, images, and ideas, which shape our interactions with others. Watch yourself closely some time and reflect on your responses to that woman who shuffles along with her cane and her shopping bag.

Let me just use a few specific examples. Think for a moment about the 80 year old man, still living at home, but needing considerable help to do so hearing himself described as a “greedy geezer.” Why haven’t we—at least we North Americans—banished that word from our vocabulary? By the same token, think of that man—the 78 year old struggling with multiple disabilities—and recent efforts to promote cultural representations of aging as either “productive” or “successful.” To the extent that all of us assess ourselves—at least to some degree—by cultural standards, criteria that immediately elicit their opposites cannot be the images that we want to sanctify. And no matter how carefully we ingest our vitamins, do weight-bearing exercises, eat a low-fat diet, and do whatever else the gurus of long-life tell us to do, our aging processes are not singularly within our control.

Where do all these assertions bring me? I stress these features of our encounters with the specific features of old age—physical, and mental changes, dependency and death—because they are what we resist most powerfully. While I do not want to return to earlier assumptions about old age—conveniently labeled the “decline and loss” paradigm—I think we have gone so far in the other direction that we morally denigrate the old who cannot live up to the new stereotypes. Our problem is not reversing that former dominant paradigm and emphasizing its polar opposite—the mountain climbing grandfather and the kayaking great-grandmother—but finding ways to accept that human well-being—though not necessarily without suffering—is possible even in the face of illness, loss, and death. So in our efforts to notice, to pay attention, we come to the realization that age will always be associated with death (unless the manufacturers of stem-cell created spare parts have their way) because in the normal course of things (at least in the last few decades) death comes to the old. Each person arrives at some point where she is more old than young—at least chronologically—and, for most of us, we feel our chronology physically (For the over 50s reading this, admit it—don’t you get more tired that you did 20 years ago?). Even the postmodern, self-creating consumer of desert golf courses and Armani clothes becomes old, usually at the onset of some chronic condition that no amount of consumer fixes can remedy. No cane or the best-decorated walker can remove the public image of old age. But it is even simpler and more direct than that. This aging is very public because the bodily self that we put out into the world can neither be hidden nor denied (26,27). Each time I go on the bus my brown hair generously sprinkled with gray and new facial lines, albeit gentle ones, accompany me and even though I weigh the same now as I did 20 years ago, no more trips to those Northern California “clothes

optional” hot springs for this aging body.

I and each of us and the old person we will now attend to become old in a particular culture at a particular historical moment. And despite the power of that Armani blazer, even the prominent society women, becomes old, generally first in the eyes of others. Let us beware as we think of population aging of painting false scenarios for what will be the “new” aged.

We also come to see that the big tasks are cultural ones—that resisting ageism in whatever form it takes does not mean elevating an older person who is not old. I mean by that seemingly paradoxical statement, someone who at 75 looks and behaves like a 40 year old. Imagine how coercive that kind of standard is if you are 75 and feel like you are 80 and can hardly walk across the street, not because you abandoned the treadmill or the tennis courts but because you developed rheumatoid arthritis when you were 35 or because you have completed your second round of chemotherapy for breast cancer. In an effort to change the images of aging, I am afraid we have done just the opposite. Philosopher Sarah Ruddick notes, “*in trying to create mutually helpful and respectful relationships in which we can fall and be caught ‘with dignity,’ we have at least as much to learn from elderly people who fail as from the vigorously healthy*” (28, p. 59). So we wind up, if these observations make any sense at all, at the nexus of the individual and culture, the larger contextual framework for a conversation about ethics and aging. If we are to take ethics and aging as more than a set of rules or principles that we bestow upon the elderly in the form of rights—actually a relatively simple agenda—then culture is an important starting place and we are the individuals who help to constitute our cultures. I think our tasks are cut out for us.

## Conclusion

How do we get to this place of attentiveness and all the actions that flow from it when we are concerned about the costs of medicine, the growing population of the elderly, and the general resistance to paying for the care of the stranger in our midst? I think we must acknowledge the real, the contemporary political situations in our countries without losing sight of what we would want and what it would take to live a denser, richer ethical life. “*Without the light of language,*” historian Michael Ignatieff observed, “*we risk becoming strangers to our better selves*” (29, p. 142). We need to find a way for positive emotions, like compassion, and the concept of “cleaving” as Ruth did with Naomi in the Hebrew Scriptures or being one with another to reenter our public conversation. Such reentry can evoke a commitment to action by opening us to the suffering of others and accepting that our reactions to such suffering are fundamentally moral (30). Alertness to how the normative assumptions that support politics and policy and the power of ideology and culture become manifest in “ordinary” lives can become the foundation for a sustained ethical analysis of how background conditions mediate life’s possibilities and reinforce conditions of inequality.

To close, I want to note problems—four factors that may confound our best efforts to behave in an ethical manner. One is the power relationships that contribute to domination and inequality in relations among people that threatens the very possibilities of ethical behavior. Two, institutional and organizational factors can often inhibit what we know is morally appropriate behavior and this danger accelerates as funding becomes more constrained. Three, caregivers who are not the beneficiaries of good care can rarely provide good care. This factor requires extra vigilance as we work with people who have the least autonomy and freedom of all—

the nurses' aides and other frontline caregivers. And, fourth, as noted above, as a powerful cultural force, medicine itself helps create the moral values that older people feel they must uphold. Such culturally powerful messages, I suggest, have important, and not necessarily positive ethical implications. So in thinking about an ethics and aging we must pay attention to how medicine has shaped that experience in terms of beliefs, expectations, judgments, and promises and ask if this is indeed a vision that we support.

## References

1. Baier A. Alternative Offerings to Asclepius?. *Medical Humanities Review* 1992; 6 (1): 9–19.
2. Komesaroff P. Introduction: Postmodern Medical Ethics. In: Komesaroff P. (ed.) *Troubled bodies: Critical Perspectives on Postmodern Medical Ethics, and the Body*. Durham, NC: Duke University Press; 1995. (p. 1–19).
3. Eliot T.S. Little Giddings. In: *Four Quartets*. San Diego, CA: Harcourt, Brace, Jovanovich; 1971.
4. Flanagan. O. Ethics Naturalized: Ethics as Human Ecology. In: May L, Friedman M, Clark A. (eds.) *Mind and Morals: Essays on Ethics and Cognitive Science*. Cambridge, MA: MIT Press; 1996. p. 19–44.
5. Flanagan O. *Varieties of Moral Personality: Ethics and Psychological Realism*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1991.
6. Kaufman S. *The Ageless Self: Sources of meaning in later life*. Madison, WI: University of Wisconsin Press; 1984.
7. Lustbader W. *What's Worth Knowing*. New York: Free Press; 2001.
8. Wendell S. Old Women Out of Control: Some thoughts on aging, ethics, and psychosomatic medicine. In : Walker MU. (ed) *Mother Time*; 1999. p.133–50.
9. Meyers D T. Miroir, Memoire, Mirage: Appearance, aging, and women. In: Walker MU. (ed.). *Mother Time: Women, Aging, and Ethics*. Lanham, MD: Rowan and Littlefield; 1999. p. 23–41.
10. Shem S. *House of God*. Reissue. New York: Dell; 1981.
11. Ferenz L. The “asesthetics of dementia care”: Some final thoughts from Tom Kitwood. *Journal of Clinical Ethics* 2000; 11 (1): 69–72.
12. Moody HR. *Ethics in an Aging Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.
13. Walker MU. *Moral Understandings: A feminist study in ethics*. New York: Routledge; 1998.
14. Collopy B. Safety and Independence: Rethinking some basic concepts in long-term care. In: McCullough L, Wilson N. (eds.) *Long-Term Care Decisions: Ethical and conceptual dimensions*. Baltimore. MD: Johns Hopkins University Press; 1995.
15. Waymack M. The Ethical Importance of Home Care. In: Holstein M, Mitzen P. (eds.). *Ethics in Community-Based Elder Care*. New York: Springer Pub., Forthcoming; 2001.
16. Kittay EF. *Love's Labor: Essays on women, equality, and dependency*. New York: Routledge; 1999.
17. Walker MU. Picking up pieces: lives, stories, and integrity. In: Meyers, D. (ed.) *Feminists rethink the self*. Boulder, CO: Westview Press; 1997. p. 62–84.
18. Holstein M. Reflections on death and dying. *Academic Medicine* 1997; 72 (10): 848–55.
19. Frankl V. *Man's Search for Meaning*. Rev.and upated. New York: Washington Square Press; 1998.
20. Morton B. *Starting Out in the Evening*. New York: Crown Publishers; 1998.
21. Murdoch I. *The Sovereignty of Good*. London: Routledge; 1970.
22. Komesaroff P. From Bioethics to Microethics: Ethical Debate and Clinical Medicine. In: Komesaroff P. (ed.) *Troubled Bodies: Critical perspectives on postmodern medical ethics, and the body*. Durham, NC: Duke University Press; 1995. p. 62–86.
23. Walker MU (ed). *Mother Time women, aging*

- and ethics*. Lanham, MD: Rowan and Littlefield; 1999.
24. Lustbader W. *Counting on Kindness: The dilemmas of dependency*. New York: The Free Press; 1991.
25. Furman F. *Facing the Mirror: Old women and beauty shop culture*. New York: Routledge; 1999.
26. Miller N. The Marks of Time. In: Woodward K. (ed.) *Figuring Age: Women, bodies, generations*. Bloomington, IN: University of Indiana Press; 1999.
27. Featherstone M, Hepworth M. The Mask of Ageing and the Postmodern Life /Course. In: Featherstone M, Hepworth, Turner B. (eds.) *The Body: Social processes and cultural theory*. London: Sage; 1990. p. 371–89.
28. Ruddick S. Virtues and Age. In: Walker MU. *Mother Time*. 1999. p. 45–60.
29. Ignatieff M. *The Needs of Strangers: An essay on privacy, solidarity, and the Politics of Being Human*. New York: Penguin Books; 1984.
30. Zoloth L. *Health Care and the Ethics of Encounter: A jewish discussion of social justice*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press; 1999.





# LAS DIMENSIONES BIOÉTICAS DE LA VEJEZ

Fernando Lolás Stepke\*

## Resumen

El aumento de los adultos mayores en las últimas décadas y la mayor longevidad de las personas traerá consigo una alta demanda de servicios en las etapas finales de la vida.

Existe una estrecha asociación entre envejecimiento, como proceso que cruza lo biológico, lo social y lo biográfico, y la muerte, que resulta en la práctica consubstancial a la cultura.

La vejez es una etapa de menoscabo y pérdida. Tanto en el plano de lo visible como en el de los rendimientos, el cuerpo biológico deja de ser lo que era y se transforma en un sentido negativo.

Junto al ámbito biológico y el biográfico, existe un tercero, el ámbito social, al que cabe llamar valórico.

Crucialmente, la vejez es etapa biográfica, evidenciada por ciertos atributos exteriores. De acuerdo al reloj social de cada comunidad tiene asignados deberes y derechos. Toda norma de comportamiento carece de sentido si no hay libertad para aceptarla o rechazarla. Así se puede ejercer el diálogo, que constituye la vida social; cuando se pierde, resiente la propia identidad como agente moral o como persona autónoma.

La ética de la calidad de vida en la vejez debe fundarse y fundamentarse sobre expectativas sobrias, modestas y realizables.

El diálogo es la herramienta más importante que el discurso bioético ha venido a

## Abstract

### Bioethical dimensions of old age

The increase of senior citizens in last decades and the greater longevity of the population will bring a high demand for services in the final stages of life.

There is a close association between ageing—as a process that intersects what is biological, social and biographical—and death, that actually can not be separated from culture.

Old age is a stage of loss and reduced capability. Not only at the visible level but also related to its performance, the biological body is no longer what it used to be and it undergoes a negative transformation.

Along with the biological and biographical spheres, there is the social one, related to values.

Crucially, ageing is the biographical stage evidenced by certain exterior attributes. According to the social clock of each community it has its own duties and rights. All behavioural normative becomes senseless if there is no freedom to accept or reject it. Only in such a context dialogue—which constitutes the very essence of social life—can be practiced. If lost, the own identity as a moral agent or as an autonomous person gets damaged.

The ethics of quality of life in old age must be founded and grounded on moderate, modest, and factible expectations.

Dialogue is the most important tool with which bioethical discourse has contributed to modern societies. Even though medicine is a basic social metaphor, care and social

---

\* Profesor Titular, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Director Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

Correspondencia: lolasf@chi.ops-oms.org

aportar a las sociedades modernas. Si bien la medicina es una metáfora social básica, las formas de ayuda y de inserción social deben incorporar una sensibilidad especial hacia las relaciones de poder, los contextos en que se interpretan las relaciones humanas y los factores culturales que inciden en el trato otorgado a las personas de edad avanzada.

**PALABRAS CLAVE:** Ancianidad; envejecimiento; sociedad; cultura; identidad; diálogo; Bioética; calidad de vida.

insertion procedures should include a special sensibility towards relationships of power, the contexts wherein human relations are interpreted, and the cultural facts that influence the treatment of the elderly.

**KEY WORDS:** Old age; ageing; society; culture; identity; dialogue; Bioethics; quality of life.

## Resumo

### As dimensões bioéticas da velhice

O aumento no contingente de idosos e a maior longevidade dos seres humanos traz, em consequência, uma alta demanda de serviços de saúde nas etapas finais da vida.

Há uma associação estreita entre envelhecimento e os processos que alcançam os planos biológico, social, biográfico e a morte o que resulta em profundas transformações culturais.

A velhice é uma etapa de perda e menosvalia em todas as dimensões, sobretudo na biológica onde perde-se funções vitais o que resulta em expressiva transformação negativa. Juntamente com as variáveis biológica e biográfica, ocorre, também, a de âmbito social que envolve uma estimulação valórica.

À etapa biográfica da velhice expressada por alguns atributos exteriores, juntam-se, de acordo com o relógio social de cada comunidade, certos deveres e direitos.

Toda norma de comportamento carece de sentido se não há liberdade para aceitá-la ou rejeitá-la, somente assim pode-se exercer o diálogo obrigatório na vida social. Quando isso não ocorre perde-se a identidade própria como agente moral e/ou como pessoa autônoma.

A ética da qualidade de vida na velhice deve repensar sobre expectativas sóbrias, modestas e realizáveis.

O diálogo é a ferramenta mais importante que o discurso bioético oferece às sociedades modernas.

A medicina com metáfora social básica incorpora em suas práticas formas de ajuda e inserção social que incidem nos cuidados dispensados às pessoas com idade avançada.

**PALAVRAS CHAVES:** Ancianidade, envelhecimento, sociedade, cultura, identidade, diálogo, bioética, qualidade de vida.

## Résumé

### Les dimensions bioéthiques de la vieillesse

L'accroissement du nombre de personnes âgées dans les dernières décennies et une plus grande longévité des personnes entraînera une forte demande de services dans les dernières étapes de la vie.

Il existe une étroite relation entre le vieillissement, en tant que processus concernant le biologique, le social et le vécu, et la mort, qui dans la pratique se révèle inséparable de la culture.

La vieillesse est une étape de détérioration et de perte. Aussi bien sur l'aspect physique que sur les rendements, le corps biologique cesse d'être ce qu'il était et se transforme au sens négatif [du terme].

Associé au domaine biologique et à celui du vécu, il en existe un troisième qui appartient au domaine social et qu'il convient d'appeler domaine de valeurs.

Fondamentalement, la vieillesse est une étape de la vie qui se manifeste à travers certains traits extérieurs. En accord avec le rythme social de chaque communauté, des devoirs et des droits sont assignés à la vieillesse. Toute norme de comportement n'a pas de sens s'il n'y a pas la liberté pour l'accepter ou la refuser. Ainsi le dialogue qui constitue la vie sociale peut s'établir ; quand il disparaît, l'identité même se détériore comme agent moral ou comme personne autonome.

L'éthique de la qualité de vie durant la vieillesse doit se baser et se former sur des attentes simples, modestes et réalisables.

Le dialogue est le plus important instrument que le discours bioéthique est venu donner aux sociétés modernes. S'il est vrai que la médecine est une métaphore sociale de base, les formes d'aide et d'insertion sociale doivent introduire une sensibilité spéciale dans les relations de

pouvoir et dans les contextes. C'est là où sont interprétés les relations humaines et les facteurs culturels qui déterminent le traitement octroyé aux personnes d'un âge avancé.

**MOTS CLÉS:** Vieillesse, vieillissement, société, culture, identité, dialogue, Bioéthique, qualité de vie.

## La edad como desafío

Hay tres hechos relevantes a un planteamiento ético en relación a la vejez, que atañe a cada individuo, y el envejecimiento, vinculado con el proceso de cambio de la estructura etaria de la sociedad.

El primero es de naturaleza demográfica. En todos los países del mundo, tanto en cifras absolutas como relativas, los adultos mayores han aumentado en los últimos decenios. Se espera que las mejores condiciones de vida permitan a la población de muchas naciones aumentar sus años de vida, hasta alcanzar límites de longevidad mayores, si bien aún inciertos. El segundo, de naturaleza social, nos mostrará una convivencia intergeneracional de un tipo hasta ahora inédito: muy jóvenes convivirán con muy ancianos; adultos de edad media se relacionarán con adultos mayores en condiciones de una creciente igualdad física y mental que los obligará, en particular al interior de la familia, a recrear las formas de convivencia y de solidaridad. El tercero, y ligado a lo anterior, la longevidad se acompañará de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La compresión de morbilidad esperable hará necesarias decisiones sobre provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para enfrentar las crecientes y diversificadas necesidades.

Por otro lado, en un clima de progresiva conciencia de los derechos de grupos de opinión y de presión, se ha llegado a un "mosaicismo social": cada minoría aboga por sus derechos, delimitándose de otras y logrando su nicho en el cuerpo social, a veces combativamente. Ha ocurrido así con grupos naturales y artificiales. En la sociedad estadounidense, por ejemplo, los negros, las mujeres, los homosexuales, los pacientes, por sólo nombrar algunos grupos, se han organizado para afianzar su independencia y luchar por sus derechos (1). La paradójica ambigüedad en que se encuentra la anciani-

dad es, por una parte, su mayor grado de dependencia y de desvalimiento, frente a la necesidad creciente de luchar con mayor vigor y organización por sus derechos o por el reconocimiento de ellos.

### Dilemas éticos: deber y virtud

Existen dos grandes tradiciones éticas relevantes. Una de ellas tiene su expresión más acabada en la obra de Kant, con su énfasis en los deberes de las personas entre sí. La otra ha puesto el acento en las cualidades del agente moral y suele encontrarse aludida en el concepto de virtud. Desde este segundo punto de vista, lo bueno es aquello que hace bueno al que ejecuta la acción, lo que le permite acceder a su perfección inherente, que es el concepto más clásico de virtud (*areté*). El carácter virtuoso es el resultado de hábitos virtuosos, de allí la doble connotación de la propia voz “ética”, que se refiere tanto al hábito y la costumbre como al carácter moral, siendo éste el resultado de un sabio cultivo de la naturaleza a través del conocimiento (*mathesis*) y del ejercicio (*askesis*).

Ambos planteamientos encuentran un lugar en la discusión sobre la vejez y el envejecimiento. De hecho, en todos los países del mundo se plantea la pregunta por los deberes y derechos de las personas en relación con su edad. En todos, se plantea la pregunta por aquello que constituye una vida plena y humanamente vivida. A diferencia de la toma de decisiones éticas bajo condiciones de emergencia –sin duda relevante en muchas circunstancias que afectan a la ancianidad– cobra especial relieve el planteamiento relacional.

De lo que se trata es de poder disponer de un código relacional –el cual no puede sino basarse en la fuerza imprecisa de la rutina cultural– que facilite la convivencia y sea al mismo tiempo apropiado y justo, tanto para los ancianos como para quienes no lo son. Ello implica una identificación de los

temas pertinentes a la convivencia intergeneracional y de los principios más relevantes para su concreción exitosa<sup>i</sup>.

La finitud de la vida humana es probablemente su carácter más universal. Entre las metas de la medicina, especialmente a partir del siglo XIX, siempre se ha encontrado su superación. La muerte aparece como una derrota de la ciencia y de la técnica que debe evitarse o, al menos, postergarse. Las expectativas que la tecnociencia ha generado, si bien no todas atribuibles a su expansión y desarrollo, producen frustración y enojo cuando no se cumplen.

Existen varios motivos para que la idea ancestral de una vida ilimitada y en buenas condiciones de salud no sea factible. En primer lugar, el límite biológico de la especie humana debido a su historia evolutiva. En segundo, la modernidad, si bien parece producir vidas más placenteras que en el pasado, no conduce necesariamente a una longevidad feliz; el progreso técnico se asocia también a numerosos peligros y amenazas: contaminación ambiental, dietas malsanas, sedentarismo. En tercer lugar, aunque el desarrollo tecnológico permite condiciones favorables para la prolongación de la vida, ellas no son accesibles a segmentos amplios de la población mundial por oportunidad y costo.

La medicina contemporánea ha adquirido las formas discursivas de las ciencias naturales empíricas. Uno de los mandatos en el contexto intelectual de esas disciplinas es realizar todo lo factible, hasta el límite de su capacidad. Tales disciplinas, especialmente las relacionadas con el cuerpo humano –cuyo paradigma es la fisiología– proveen la normatividad esencial que preside la nociones de salud y normalidad.

<sup>i</sup> Una perspectiva complementaria se encuentra en Lolas, F. *Futuro de la vejez y vejez del futuro*, en Lolas, F. (ed.) *Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe: aspectos demográficos y bioéticos*. Universidad de Chile, Santiago, en prensa.

Proveen, asimismo, las metáforas que permiten reinterpretar la vida social como un cuerpo sano, que puede perder algunas de sus partes pero que se conserva intacto en lo general. La transición entre la fisiología, como disciplina del cuerpo humano normal y la medicina, como fijadora de normas y reparadora de yerros en la sociedad general, se encuentra en autores tan diversos como Rudolf Virchow en Alemania y Walter B. Cannon en Estados Unidos y no fue ajena a las teorizaciones de la sociología temprana de un Henderson o un Parsons. Esto relega el tema substantivo de la muerte a una consideración de orden intermedio, entre la sociedad mayor y la microestructura de los procesos celulares. Sólo la muerte individual adquiere el valor sentimental necesario para ser materia de reflexión y duelo.

La asociación entre envejecimiento, como proceso que cruza lo biológico, lo social y lo biográfico, y la muerte, también interpretable desde estos ángulos, es tan natural que casi es consubstancial a la cultura. El proceso de “desvalimiento” en tanto obsolescencia individual y social caracteriza al “reloj cultural”: a medida que se envejece se espera cambien las obligaciones, los papeles y las expectativas. El ascendente de que se goza se modifica o se pierde. Las limitaciones físicas e intelectuales hacen sentir su peso.

No está ajeno a este cuadro un trasfondo valórico que convierte todo estudio científico, por muy empírico, en una reiteración de convicciones básicas, en realidad no derivadas de evidencias sino de prejuicios. Al cifrarlo todo en los rendimientos perceptibles, cuantitativos, de la vida laboral y de la contribución al bienestar social, el proceso de envejecer es aludido ambiguamente. Por un lado, como fuente de respeto y aprecio. Por otro, como factor de marginación.

Ello se refleja en las actitudes frente a los ancianos, a quienes se dice querer mas no se respeta y que aun en las sociedades con estructuras familiares más cohesionadas sig-

nifican una carga no siempre deseada.

Para las profesiones de ayuda es importante distinguir entre curar dolencias, sanar enfermedades y cuidar menoscabos, pues esta distinción encierra la percepción que de sí mismos tienen quienes solicitan ayuda y quienes la ofrecen. Una de las tareas menos adoptadas por la medicina contemporánea es la de cuidar, con actitud empática, que implica a veces simplemente acompañar al doliente y hacer sentir compasión. Especialmente en la edad propecta, muchas intervenciones no pueden en rigor cumplir la dorada esperanza de la inmortalidad o la felicidad y deben ser limitadas a metas más prosaicas y accesibles.

Sobre la vejez y la muerte existe más de un discurso. Desde luego, el *biológico*, entendido como el fundamento tecnocientífico de su definición. Lo “biológico” en realidad epitomiza en el imaginario social lo “científico” como paradigma de lo racional. De este modo, lo biológico –y por extensión, lo “biomédico”– equivale a aquellos procesos sometidos a leyes o principios supraindividuales e ineluctables.

El “espacio semántico” de este discurso es uno de reglas de enunciación universales y cosmopolitas, en el cual imperan la propiedad y la rigurosidad. Su cultivo y cuidado se entrega a expertos acreditados que adquieren un poder jurisdiccional sobre sus enunciados. En tal sentido, como discurso nuclear o basal, lo biológico impregna muchos modos de concebir la vejez, el envejecimiento y la muerte y obliga a una uniformidad en el tratamiento disciplinario: lo social se biologiza y algunos sugieren transformar otras experiencias humanas según el modelo de las ciencias “básicas”.

### **La vejez como estadio vital: una construcción social**

Uno de los hechos más significativos en la evolución del pensamiento sobre la vejez es que se ha constituido en una *etapa vital*. Siempre se ha hablado de jóvenes y de vie-

jos, mas ahora la *etapa vital* llamada vejez se configura con caracteres especiales.

Es, por de pronto, determinación biológica. Y aunque puede discutirse cuándo empieza en realidad, hay marcas y señales que permiten identificarla. El discurso profano y el discurso científico indican que la vejez es una etapa de menoscabo y pérdida. Tanto en el plano de lo visible como en el de los rendimientos, el cuerpo biológico deja de ser lo que era. Se transforma en sentido negativo.

Debe señalarse, sin embargo, la diferencia entre el cuerpo propio y el cuerpo visto por otros. No es infrecuente, en personas sanas que envejecen, encontrar que el yo carece de edad. Es, como se dice en inglés, un *ageless self*, que el espejo devuelve transformado e irreconocible y que los demás perciben diferente del sujeto. A veces ocurre el fenómeno inverso. El poseedor del cuerpo lo siente pesado, achacoso y vulnerable y esa percepción no es compartida por quienes le rodean. Parece como si las antinomias y las discrepancias se acentuaran.

Está demostrado que no todo el organismo envejece al mismo ritmo. Cada sistema orgánico tiene el suyo propio, a menudo influido por factores genéticos. Dentro del sistema nervioso central, los procesos degenerativos no son uniformes (2). Este factor debe tenerse en cuenta al hacer afirmaciones sobre el envejecimiento. La heterogeneidad, que es de regla en el comportamiento, se encuentra también en el substrato biológico de la conducta y la vivencia.

Si bien tal reduccionismo ha sido celebrado como la clave de importantes progresos en la concepción de la vida y del mundo, no anula del todo una corriente de pensamiento que tenazmente resiste su imperio. Desde el punto de vista individual y social hay fenómenos y estados que no se pueden reductivamente asimilar al discurso biológico. Esta esfera de lo experiencial individual puede denominarse "*biográfica*", pues su te-

jido de enunciaciones está en un espacio semántico diferente, con reglas combinatorias de otro orden. "El corazón – decía Pascal – conoce razones que la razón desconoce".

Este segundo ámbito encuentra también expresión en las experiencias colectivas que marcan a una cohorte completa e imprimen su sello a las generaciones. No es lo mismo envejecer durante la guerra de Vietnam que durante la Segunda Guerra Mundial. Vivir la revolución informática desde sus comienzos implica una experiencia grupal distinta de conocerla avanzada.

Lo biográfico y lo generacional (la experiencia individual y social) cualifican el discurso sobre la vejez y la muerte de modo distinto que lo biológico y lo científico en sentido tradicional. Lo más esencial parece residir en la universalidad y cosmopolitismo de los enunciados, pues en el primer discurso son atributos substantivos y en el segundo no lo son.

Junto a estos dos ámbitos discursivos, el biológico y el biográfico, existe un tercero, *del ámbito social*, al que cabe llamar valórico. Está imbricado con los anteriores de modo tal que su segregación sólo es producto del análisis. La norma ética es una amalgama de naturaleza y cultura y se afirma en ellas dependiendo del contexto histórico. En relación con el envejecimiento y la muerte, los límites entre lo "natural" y lo "cultural" o lo "artificial" han sido revisados profundamente en los últimos decenios. Lo más significativo es que el discurso sobre la muerte se ha biologizado al grado de exigir para ella el carácter de "hecho" o "evento" datable precisamente en el eje del tiempo y fuera del discurso biográfico y societario. De allí que esta región de lo valórico se coloree en ocasiones de debate sobre lo que es apropiado según el arte, lo que es bueno para las personas y lo que es justo para la sociedad: lo propio, lo bueno y lo justo.

Esta región de lo valórico es la región social del “se”. Se hacen o se dicen ciertas cosas en ciertos momentos y todos los miembros de una comunidad reconocen si está “bien” o “mal”. El “reloj social” prescribe el comportamiento según la edad y anticipa qué está correcto y qué incorrecto. La muerte se hace digna o indigna según quién y cuándo la contemple.

Crucialmente, la vejez es etapa biográfica. Señalada por ciertos atributos exteriores, de acuerdo al reloj social de cada comunidad, tiene asignados deberes y derechos. Internamente, es etapa marcada más por lo que se es que por lo que se hace. No es infrecuente encontrar personas afectadas por la opinión que de ellas tienen los otros, mantenida a lo largo de años, que contrasta con la opinión propia.

### **Sentido y significado de la vejez y del envejecimiento**

La dualidad entre la consideración externa y la interna es crucial para entender algunos problemas psicológicos asociados a esta etapa de la vida. El *sentido* que dan los demás a una vida contrasta a veces agudamente con el *significado* que a sí mismas se dan las personas. El sentido social, por ejemplo, está asociado a una ética del trabajo. *Hacer* es considerado más importante que *ser* y es la base de la categorización usual entre adultos. Constituye la primera pregunta después del nombre y el estado civil. El significado personal, en cambio, es una construcción individual de identidad. Y así como hay una discrepancia entre el cuerpo percibido por las propias personas y el mismo cuerpo percibido por otros, así también la imagen interna difiere al ser construida por el sujeto o por el grupo al cual pertenece.

Sentido y significado de la vejez raramente coinciden. Armonizarlos, o al menos aceptar sus diferencias, es una tarea vital. Se relaciona con el principio de realidad que cada persona experimenta durante el proceso de

maduración. La diferencia reside en que la etapa de la vejez se asocia a irreversibilidad e imposibilidad de cambio.

El proceso de desvalimiento u obsolescencia (*disablement process*) que se observa en las sociedades contemporáneas puede equipararse a una forma de desvalorizar lo que las personas de edad pueden hacer. La vejez va asociada a una pérdida de *aprecio*, que es como decir una pérdida de *precio* de los servicios de los viejos. Esa pérdida de *precio* se transforma insensiblemente en pérdida de *valor*. Ya hemos observado el contraste entre el sentido externo y el significado interno, lo que permite dar un contexto apropiado a la noción de “muerte social”, tan reveladora de él. Mueren socialmente personas que siguen biológicamente vivas: los leprosos, los sidosos, los estigmatizados sociales. Aunque reclamen derechos, aunque deseen continuar en la vida y contribuir a la sociedad, ésta los declara excluidos.

En algunas tribus primitivas, y en no pocas sociedades modernas, quienes sufren exclusión y estigma efectivamente enferman, decaen y hasta mueren. Muchos ancianos experimentan los efectos de ese proceso de pérdida de precio/valor y con la edad se produce de manera más dolorosa porque es gradual y plenamente sentido por quienes lo padecen. Se destruyen los lazos significantes y significativos de a poco. Tal vez por eso la cultura moderna celebra la muerte súbita como preferible a los antiguos rituales de despedida, ahora tabuizados.

La hegemonía del discurso tecnocientífico relega toda pregunta por el significado a una posición marginal. Los debates sobre la “muerte cerebral” han mostrado cómo se puede hacer ingeniería conceptual para servir los fines de la tecnociencia. Sin ese concepto-herramienta toda la tecnología asociada a los trasplantes de órganos no existiría. Al desplazar el centro de gravedad de la definición a lo



tecnocientífico se intenta substraerla a la influencia de lo sentimental, lo biográfico o lo personal.

Tal vez el desafío más crucial para una bioética del diálogo y de la responsabilidad sea dar nuevos sentidos a la vida en la vejez y contribuir a desarrollar una “medicina sostenible”. Una medicina que sin renunciar a sus exigencias internas de progreso disciplinario ofrezca equidad de acceso y verosimilitud de promesa para sus practicantes y sus usuarios.

Una medicina realista en sus aspiraciones y medida en sus logros es sin duda una práctica social distinta de las tecnociencias. Está fundada en la solidaridad entre las personas, permite a éstas expresar sus demandas y ofrece servicios acordes con ellas. Tal es la misión de cuidado que necesita urgentemente ser restablecida para una medicina que no solamente sane y cure sino, también, cuide. Una medicina bioéticamente inspirada que fusione lo apropiado según el arte, lo bueno según la virtud y lo justo según el uso social.

### **La identidad de las personas que envejecen**

La proximidad e inminencia de la muerte cualifica en forma especial a la vejez. Siempre está presente en la vida, pero en la vejez con mayor nitidez y proximidad. El deseo de morir aparece con cierta frecuencia. Sin embargo, como en esta etapa de la vida los procesos depresivos son frecuentes, puede confundirse el deseo de morir como elección libre con síntoma de un estado patológico. Distinguir ambos estados no siempre es sencillo.

La importancia de delimitar y especificar lo que determina el comportamiento a medida que progresa la senescencia reside en las implicaciones éticas. Tanto la enfermedad como el progreso de la edad inducen dependencia, incapacidad de hacer algo que

antes se hacía. Restricción de la libertad, en suma.

La libertad es el ámbito de la moral. Toda norma de comportamiento carece de sentido si no hay libertad para aceptarla o rechazarla. O si no hay libertad para entrar al diálogo que constituye la vida social. Cuando se ha perdido, la propia identidad como agente moral o como persona autónoma se resiente o pierde.

La otra fuente de la propia identidad deriva también del contacto con otros. La noción de “sí mismo” (*self*) es pertinente. El *self* no es yo simple, aislado de contacto, sino el yo reflejado en las opiniones de los demás. Con lo que el contacto social aporta se construye el *self*. En él se recogen muchas facetas. Se es siempre alguien para otro con alguna cualificación especial: hijo de un padre, hermano de un hermano, discípulo de un maestro. Se vive en una malla de relaciones, cuyo producto final contribuye a la identidad. El *self* no es toda la identidad pero un componente muy decisivo.

La construcción del sí mismo y la identidad tiene en la vejez contemporánea caracteres especiales. Como ya hemos mencionado, en ninguna otra etapa histórica la convivencia de las generaciones ha sido más polarizada, en términos etarios, que en ésta. Lo que ello significará para la construcción de las identidades de unas y otras debiera ser materia de análisis y reflexión. Nuevas formas de relación deberán surgir, pues las nociones de solidaridad, necesidad, retribución, entre otras, no son suficientes cuando se trata de elaborar relaciones, diseñar sistemas sociales de apoyo o planear el retiro de la vida laboral activa.

Como la identidad se devela en el contacto, la relación y el diálogo, es importante observar que, por ejemplo, ser proveedor de bienes y servicios no suele asociarse con la idea del hombre viejo. En los países desarrollados se ha generado una identidad accesorio para los ancianos y ancianas: ser

“consumidor”. Son personas que pueden, si tienen dinero, comprar tiempo libre, gozar bienes, adquirir propiedades.

En algunas sociedades, la identidad de los viejos está fundada en ser reservorio de la memoria ancestral o repositorio de sabiduría. Tal identidad tradicional ha quedado relegada a un segundo plano con la invención de las formas objetivas y concretas de memoria, el libro primero, el computador después. Las experiencias de un grupo de ancianos en tanto cohorte etaria en el curso de sus vidas, lejos de constituir ventaja, son negativas.

La generación que vivió las guerras tiene experiencias no solamente desconocidas para quienes no las tuvieron. Producen además rechazo o desprecio. La irrepitibilidad de los sucesos históricos que cada generación vive hace fácil entender la idea de obsolescencia de lo que los viejos cuentan de su conocimiento de la vida. Se les reconoce la experiencia, pero puede ser experiencia irrelevante. La identidad como memoria colectiva ha perdido vigencia y sería vano intentar recuperarla.

La memoria no es lo mismo que el recuerdo. En otros contextos, hemos hecho alusión a esta distinción, crucial para entender misteriosos aspectos de la vida en la tercera edad. La memoria es la facultad de reconstruir. El recuerdo es el arte de revivir (3).

Olvidados los pormenores, queda la atmósfera. Desaparecidos los detalles, persiste la tonalidad. Las personas en la edad avanzada, aunque carecieran de informaciones vigentes o fueran irrelevantes, mantienen vivos los recuerdos. Y los recuerdos los mantienen vivos a ellos.

### **Envejecer: algunas consecuencias personales y sociales**

Hay tres formas de dependencia que pueden considerarse consecuencias individuales del proceso de envejecer.

La primera es la deficiencia o el menoscabo, reversible o subsanable. En la edad proveya, los individuos suelen tener limitaciones que se experimentan como incapacidades transitorias. Ya no se puede correr lo mismo que antes, algunos placeres deben ser no solamente moderados sino modificados. Pero las deficiencias son minoraciones transitorias, que sólo implican cambios cuantitativos en el discurrir vital. Son subsanables en el sentido de que pueden anticiparse sus efectos y por ende tienen los individuos la capacidad de adaptarse.

La segunda forma de venir a menos, la discapacidad, significa una objetiva merma irreversible en alguna o varias funciones sociales. La vista, el oído, el gusto, por sólo mencionar la sensorialidad que tanto interesa en sus recuerdos a don Santiago Ramón y Cajal, sufren deterioro cualitativo. Esto es, no sólo disminuyen en agudeza, cambian de carácter. Hay, definitivamente, acciones que no pueden realizarse, y su pérdida se vivencia como tal, con duelo, reproche, queja y nostalgia.

Se puede tener menoscabos y discapacidades sin ser minusválido. La minusvalía, tercera forma de dependencia, implica un reordenamiento total de la vida en función de las discapacidades o incapacidades que se sufren. Si uno puede admitir una discapacidad parcial, es distinta la discapacidad global e irreversible. Esta globalidad e irreversibilidad marcan el definitivo cambio en el modo de vida que señalan algunos como la principal demanda a las capacidades de adaptación. Es, sin duda alguna, algo que merece anticipación razonada, preparación consciente, una real gerogogía (4).

Tanto en lo heteroplástico como en lo autoplástico, esto es, en lo que puede cambiarse en el entorno y en otras personas como en lo que puede modificarse en el interior de la persona misma, reconocer las formas de la dependencia, aceptarlas y, si es posible,

sacar lo mejor de ellas constituyen enseñanzas necesarias y útiles. Fundan, en rigor, el discurso relacional.

Cualquier reflexión sobre la vejez y el envejecimiento debe tomar en cuenta la noción de desvalimiento<sup>ii</sup>, relacionado con el proceso de incompetencia, desvinculación o incapacidad progresiva (*disablement*) que las sociedades y las personas definen.

El proceso de envejecer es valóricamente ponderado en cada sociedad humana, positiva y negativamente. En los países occidentales, la retórica habitual consiste en ensalzar la vejez, pero en la práctica es ésta una etapa de soledad, abandono y pérdida. Precisamente en aquellos aspectos en los que suele invocarse la solidaridad social suele percibirse un discurso ambiguo, cuando no equívoco. La mayor demanda de servicios asistenciales en la edad propecta suele aparecer como un lastre para los rendimientos societarios.

La doble condición de individuo y miembro de un grupo (la conocida noción de *homo duplex* debida a Durkheim) hace necesario distinguir entre aquellos cambios desvinculantes que son deseados y aquellos que son impuestos por el grupo. La mayor parte de las tensiones éticas en las decisiones agudas suelen poderse reducir a un contraste entre lo que es individualmente apropiado y lo que es grupalmente justo. Así, por ejemplo, la decisión de salvar la vida a toda costa –y a todo costo– puede parecer, en un análisis clínico-casuístico, como la única postura defendible.

Poblacionalmente, sin embargo, la suma de decisiones de ese tipo podría generar un

impacto económico imposible de solventar. Por otra parte, no siempre “condenar a la vida” es la mejor decisión, pues la vida a medias vivida tras medidas heroicas pudiera no ser la mejor para los que deben vivirla. La paradoja del éxito consiste en que es ambiguo. Una acción exitosa puede ser un fracaso mirada en perspectiva societaria si, en mirada abarcadora, termina siendo injusta. Tal es uno de los puntos que el controvertido libro de Daniel Callahan, *Setting Limits*, puso en discusión<sup>iii</sup> sin que la respuesta deba ser, necesariamente, un algoritmo moral de universal validez (5).

Es por tanto de interés destacar que el *proceso de desvalimiento o incompetencia* merece un examen detallado. No sólo en términos abstractos, mas también en los muy concretos que plantea la cultura de una sociedad determinada.

En los últimos años se ha establecido la práctica de negar el proceso de incompetencia o desvalimiento. Se proclama, en una ilustrada apología de la ciencia y de la medicina, que el envejecimiento puede ser una incómoda pero subsanable inconveniencia, que más valiera ignorar. A la espera, por supuesto, de los avances milagrosos de la racionalidad instrumental, que derrotarán la vejez y la muerte.

Tal perspectiva, por parecer sentimentalmente más humana, lleva a demandas y a la proclamación de un ideario benevolente que es des-mentido por la sociedad. Al medicalizar el problema no se hace sino reducirlo a uno de sus aspectos, tal vez el más

<sup>ii</sup> Empleamos el vocablo “desvalimiento” en una acepción algo más amplia que la preconizada por el Diccionario de la Real Academia en su 21ª Edición para aludir no sólo al desamparo y falta de ayuda sino también, como explicita el texto, a la incapacidad y desvinculación que se le asocian en el proceso de envejecer. Del mismo modo, el término incompetencia tiene más connotaciones que incapacidad, si bien éste también podría emplearse.

<sup>iii</sup> Lo central del argumento de Callahan lo constituyen dos críticas. Una se refiere a la negación de la vejez y el decaimiento como parte de la vida. La otra, a suponer que en el grupo de los viejos no debiera prestarse atención a las necesidades individuales. La propuesta de racionalizar los recursos considerando la edad como criterio se entendía aplicable en el futuro, dando por supuesta la noción de “duración natural de la vida” que el autor elabora. Las críticas se han referido a casi cada uno de estos supuestos.

saliente pero en todo caso no el único, con la consiguiente “tecnificación” de sus posibles planteamientos y soluciones. Una de las consecuencias de la tecnificación temática es la “lejanía” en que se encuentra del mundo cotidiano toda alusión a algo específico, substrayéndose así a la opinión y experiencia personales (6,7,8).

Como es evidente que puede haber menoscabos sin discapacidades y discapacidades sin minusvalías, es evidente que el proceso de desvalimiento, incapacidad o incompetencia –enfocado individual y societariamente– no es invariante biológica sino desarrollo biográfico. Al ser biografía y no biología, su construcción social es asunto relativo a la cultura, al lenguaje y a las creencias. Puede proponerse, no obstante, que existe un *quantum* de desvalimiento progresivo que personal y socialmente se estima y que constituye la adición de menoscabos, discapacidades y minusvalía y que se expresa en distintas esferas. Por ejemplo, hay un desvalimiento situacional, que excluye a las personas, según su edad, de ciertos contextos; hay un desvalimiento o incompetencia cognitivo, que permite relativizar los rendimientos atencionales o mnémicos y hasta esperar un coeficiente de pérdida funcional; existe, en el plano diario, un desvalimiento de orientación y conciencia, por el cual se ponderan los esfuerzos de un anciano; entre otros, el desvalimiento de locomoción suele adquirir una capital importancia al momento de proclamar políticas generales de re-emplazo para los senescentes, que este factor encarece o complica de modo importante.

La noción de un complejo proceso de desvalimiento o incompetencia como matriz conceptual para plantear problemas relacionales no disminuye la importancia de decisiones en contextos agudos: medidas ordinarias y extraordinarias para salvar o prolongar la vida, prioridades de atención en servicios médicos, entre otras. Se plantea aquí como herramienta complementaria para elaborar un estatuto relacional para miem-

bros de generaciones diferentes y de allí examinar la aplicación de puntos de vista, principios o modelos de eticidad<sup>iv</sup>.

El proceso es complejo en varios sentidos. Primero, porque contiene una dimensión personal y una dimensión social, no siempre concordantes<sup>v</sup>. Segundo, porque se configura sobre la base de menoscabos, discapacidades y minusvalías y se expresa en situaciones, rendimientos y vivencias. Tercero, porque contiene dimensiones valóricas implícitas, no siempre evidentes, que al generalizarse pueden no hacer justicia a ciertos grupos dentro de la población que envejece. Cuarto, porque necesariamente una homogeneidad en la conceptualización, si bien favorece el establecimiento de normas útiles para la generalidad, puede ser inaplicable en casos excepcionales, vulnerando principios de equidad y justicia. Finalmente, porque permite elaborar un conjunto de procedimientos para plantear “casos” allí donde estos carecen de la urgencia de las situaciones inesperadas, heroicas o catastróficas, que suelen atraer la atención al punto de hacer pensar que constituyen lo más nuclear de la preocupación bioética (9,10).

Estas consideraciones replantean la necesidad de una ética de la vida diaria como fundamento de cualquier planteo sobre calidad de la vida, autonomía, dignidad, beneficencia y justicia. Tal punto de vista debiera sin duda incorporar diversos registros metódicos y procedimentales y no olvidar que junto a lo que es propio, a lo que es bueno y a lo que es justo, debe buscarse también lo

---

<sup>iv</sup> Una buena síntesis de alternativas para la toma de decisiones éticas, en Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema Universidad, Madrid, 1991.

<sup>v</sup> Véase la distinción entre “sentido” y “significado” de la vejez, elaborada en torno a las ópticas personal y societaria en Lolas F. *Futuro de la vejez y vejez del futuro: una reflexión bioética* (en prensa).

que es discursivamente posible. *Discursivo* alude aquí a lo trasdisciplinario o lo transtextual, aquello que emerge como principio defendible o norma posible *más allá* de lo religioso, de lo médico, de lo económico, de lo sociológico. Quiere decirse, más allá de los discursos técnicos, en la esfera de la substantiva humanidad de cada uno, que adecuadamente respetada, nunca queda reducida a ninguno de ellos y a todos trasciende (6,11,12).

Tentativamente, puede decirse que la dignidad de la vida humana exige no sólo la tradicional misión terapéutica de la *restitutio ad integrum* cuando ello sea posible. También demanda la *restitutio ad integritatem*, la recaptura del sentido de personal eficacia y singular autonomía que se pierde en el ineluctable, aunque negado, proceso de desvalimiento que, rectamente entendido, puede constituir un núcleo de cristalización para una bioética cotidiana que ilumine la condición de la ancianidad y el proceso que hacia ella lleva y que en ella se expresa, el proceso biográfico de envejecer.

Tanto la aceptación personal de éste, con o sin resignación dictada por filosofía o religión, como la adecuada percepción social de sus matices y consecuencias, permitirán una preservación de lo que es apropiado técnicamente, bueno para los agentes morales y justo para el cuerpo social (13). Sin olvidar la dignidad, a la que cada día amenaza el desvalimiento.

Socialmente es bueno reflexionar en la identidad de votante o elector. Muchas democracias modernas no serían lo que son si impidieran votar o participar en la vida civil a los ciudadanos pasada cierta edad. Es anticipable que la proporción de electores de edad avanzada crecerá en los próximos años, lo que sin duda incidirá en la forma y el fondo de las campañas políticas, en los temas de la preocupación ciudadana y en el tipo de políticas que se adoptarán.

## Obligaciones y expectativas

La idea de que los más jóvenes tienen obligaciones para con los viejos es muy antigua. Está implícita en la idea misma de familia como engranaje de generaciones.

Cuando se la examina con mayor detención, sin embargo, se revela insuficiente e incorrecta. La tesis de una obligación contractual de hijos hacia padres, por ejemplo, es insostenible. No puede haber contrato allí donde no hubo intención de contraer vínculo. Es el caso de los hijos, que nacieron sin poder oponerse a ello y sin dar expresa manifestación de voluntad. La idea de contrato como fundamento de obligación no es útil.

La noción de necesidad también ha sido invocada. Tiene límites relativamente obvios y diferencias muy marcadas según las personas. La compasión no puede fundar obligaciones. A lo sumo, una tendencia a ayudar.

La idea de solidaridad puede descomponerse al menos en dos aspectos. La solidaridad vertical, de todo el cuerpo social hacia sus superiores y gobernantes y la horizontal, de sus miembros entre sí. En la primera forma, se debiera apoyar a los viejos para que sean ciudadanos cabales. En la segunda, se los debiera ayudar para que entren al diálogo intergeneracional.

En el diseño de políticas para la vejez y el envejecimiento saludables, cualquier disquisición sobre la relación intergeneracional y sus fundamentos exige hoy una sofisticación conceptual inédita. No basta con la admonición amistosa o la indicación pontificante. Las demandas que el envejecimiento poblacional impone a las sociedades no son evitables ni subsanables con meras declaraciones. Se trata de distribución de recursos y del bienestar global de la comunidad.

La ética de la calidad de vida en la vejez debe fundarse y fundamentarse sobre expectativas sobrias, modestas y realizables. Hay

que respetar la subjetividad que supone, los múltiples aspectos que deben considerarse, la complejidad de los planos, la extrema variabilidad entre las personas y el hecho de que ellas cambian a lo largo de los años.

Lo que a los planificadores y terapeutas puede parecer evidente, o lo que algunos consideren esencial, si no contempla la opinión de los propios ancianos y su esperable mutación con la marcha de la edad, se hace impracticable o inútil. En la medicalización de la vida que actualmente se impone como la metáfora esencial de los sistemas de ayuda, es importante legitimar las decisiones tomando en consideración la opinión de todos los actores (14).

De hecho, el diálogo es la herramienta más importante que el discurso bioético ha venido a aportar a las sociedades modernas. Si bien la medicina es una metáfora social básica, las formas de ayuda y de inserción social deben incorporar una sensibilidad especial hacia las relaciones de poder, los contextos en que se interpretan las relaciones humanas y factores culturales que inciden en el trato otorgado a las personas de edad avanzada.

## Referencias

1. Lolas F. Contemporaneidad y Bioética. *Persona y Sociedad* 1994; 8: 61-4.
2. Dichgans J. Schulz J.B. Altern in Teilen ? Systemalterungen des Nervensystems. *Nervenarzt* 1999;70: 1072-81.
3. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
4. Lolas F. *Ensayos sobre ciencia y sociedad*. Buenos Aires: Estudio Sigma-El Ateneo; 1995.
5. Callahan D. *Setting limits. medical goals in an aging society*. New York-London: Simon and Schuster; 1988.
6. Lolas F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Santiago de Chile: Universitaria; 1992.
7. Lolas F. Biomedicina y calidad de vida. Un análisis teórico. *Rev Méd Chile* 1990; 118: 1271-75.
8. Lolas F. La medicina como narrativa. *Rev Méd Chile* 1992; 120: 810-15.
9. Phillips MJ. Damaged goods: oral narratives of the experience of disability in American culture. *Soc Sci Med* 1990; 30: 849-57.
10. Robinson I. Personal narratives, social careers and medical courses: analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis. *Soc Sci Med* 1990; 30: 1173-86.
11. Lolas F. La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina. Necesidad de una metateoría. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 109: 38-45.
12. Lolas F. The psychosomatic approach and the problem of diagnosis. *Soc Sci Med* 1985; 21: 1355-61.
13. Andersson L. The service system at the crossroad of demography and policy-making. Implications for the elderly. *Soc Sci Med* 1991; 32: 491-97.
14. Lolas F. Dimensiones bioéticas del cuidado médico en el anciano. *Revista Médica de Chile* 1997;125:1024-26.

# LOS ADULTOS MAYORES CHILENOS EN EL SIGLO XXI: UN ENFOQUE POLITOLÓGICO

María Eugenia Morales Contreras\*

## Resumen

Chile tiene actualmente un modelo de desarrollo de libre mercado, el cual se ha mantenido en la última década con algunos ajustes destinados a corregir desequilibrios sociales.

El capitalismo sin intervención y regulación estatal no puede subsistir en países democráticos.

Es en este contexto que se trata la vejez y el envejecimiento. Se aborda desde un ángulo individual y social y con una mirada multidisciplinaria.

Las imágenes que tiene la sociedad actual respecto a la senectud corresponden a patrones culturales que difícilmente reconocen que el envejecimiento es una situación insoslayable para el ser humano.

La vejez es percibida y transmitida como una situación angustiada, estereotipada en imágenes de ancianos enfermos, inválidos, que sufren graves alteraciones emocionales, y que representan una carga emotiva y económica para sus familias.

El concepto de "calidad de vida" considera que la subjetividad es un elemento esencial, por tanto la expectativa es ante todo individual. Asimismo tiene un carácter multidimensional y complejo, producto de

## Abstract

### Chilean senior citizens in the 21st century: a polylogic approach

Currently, Chile has a free market development model, which has been maintained within the last decade through some adjustments intended to correct different social imbalances.

Capitalism without state intervention cannot be sustained in democratic countries.

Old age and ageing are addressed within this context. The issue is approached from an individual and social angle, under a multidisciplinary point of view.

The images, which present society has regarding old age, refer to cultural patterns which hardly recognize that ageing is a unavoidable situation for human beings.

Ageing is perceived and transmitted as a painful situation, biased by images of old people: ill, disabled, suffering emotional disorders, and representing an emotional and economic burden on their families.

The concept of "quality of life" considers subjectivity as an essential element, therefore expectations are above all individual. Likewise it has a multidimensional and complex character, produced by diversity. It is also a dynamic concept, as it varies with time.

Groups in reduced social and economic conditions tend commonly to share their homes with their elders, being these not only their parents, but also relatives, or even some not related by kinship.

Political participation is oriented to influence those decisions which compromise

---

\* Licenciada en Obstetricia; Magíster en Ciencia Política de la Universidad de Chile; Académica del Instituto de Ciencia Política de la Universidad de Chile; Presidenta de la Asociación Chilena de Estudios Norteamericanos y Canadienses; Miembro de International Council for Canadian Studies y Latin American Studies Association.

Correspondencia: mmorales@uchile.cl

la heterogeneidad. Es también un concepto dinámico, toda vez que varía con el paso del tiempo.

Los grupos en condiciones socioeconómicas más deprimidas tienden mayoritariamente a compartir su hogar con los mayores, entendiendo por tales no solamente a sus padres, sino a veces parientes lejanos, e incluso otros ancianos no consanguíneos.

La participación política se orienta a influir en aquellas decisiones que comprometen al destino de la colectividad en su conjunto. La participación social concierne a los más cercanos al desarrollo de la vida diaria de los individuos.

Si bien los adultos mayores constituyen un mercado electoral relevante, de creciente importancia en cuanto a su fuerza electoral, su peso como actores políticos es todavía irrelevante.

**PALABRAS CLAVE:** Envejecimiento; calidad de vida; enfoque politológico; seguridad social.

the destiny of the collectivity as a whole. The social participation concerns those closest to the development of the daily life of the individuals.

Even though senior citizens constitute a relevant electoral market with growing importance, its role as political actors is still irrelevant.

**KEY WORDS:** Ageing; quality of life; polytologic approach; social security.



## Resumo

### **Os adultos chilenos maiores no século XXI: um enfoque politológico**

Atualmente, o Chile possui um modelo de desenvolvimento de livre mercado, que se ha mantido durante a última década com alguns ajustes para corregir os desequilíbrios sociais.

O capitalismo sem intervenção nem regulação, nao pode sobreviver nos países democráticos.

É neste contexto que a velhice e o envelhecimento são tratados. O tema tem uma abordagem desde um ângulo individual e social e com uma perspectiva multidisciplinária.

As imagens que a sociedade de hoje tem em relação a senelidade correspondem a padroes culturais que dificilmente reconhecem que o envelhecimento é uma situação inevitável a todo ser humano.

A velhice é percebida e transmitida como uma situação angustiante, esteriotipada em imagens de anciões doentes, inválidos, que são vítimas de graves alterações emocionais, e que representam uma carga emocional e econômica à sua família.

O conceito de "qualidade de vida" leva em consideração que a subjetividade é um elemento essencial, por conseguinte a expectativa é principalmente individual. Mesmo assim, possui um carater multidimensional e complexo que é produto da heterogeneidade. Também é um conceito dinâmico, visto que varia com o passar do tempo.

Os grupos que estão em condições socioeconômicas mais deprimentes possuem a tendência de conviver com pessoas de maior idade, o que compreende não só os seus pais, mas também parentes distantes e inclusive outros anciões não cosangüíneos.

A participação política é orientada a influir as decisões que comprometem o destino da coletividade como um todo. A

## Résumé

### **Les personnes âgées au Chili au XXIe siècle: une approche politologique**

Le Chili est actuellement sous un modèle de développement de libre marché, celui-ci s'est maintenu ces dix dernières années suite à des déséquilibres sociaux.

Le capitalisme sans intervention ni régulation de l'Etat ne peut subsister dans les pays démocratiques.

C'est dans ce contexte que l'on aborde le thème de la vieillesse et du vieillissement. On aborde ces thèmes à partir d'un angle individuel et social ainsi que d'un point de vue multipliscinaire.

Les images qu'à la société actuelle de la vieillesse correspond à des patrons culturels qui reconnaissent difficilement que le vieillissement est un état inéluctable pour l'être humain.

La vieillesse est perçue et transmise comme un état angoissant, stéréotypé à travers des images de vieillards malades, invalides qui souffrent de graves altérations émotionnelles et qui représentent une charge émotionnelle et économique pour leur famille.

Le concept de qualité de vie considère la subjectivité comme un élément essentiel, par conséquent les attentes sont avant tout individuelles. Par la même, ce concept revêt un caractère multidimensionnel et complexe conséquence de l'hétérogénéité. C'est aussi un concept dynamique qui évolue avec le temps.

Les groupes aux conditions socioéconomiques défavorisées tendent majoritairement à partager leur foyer avec les anciens, on entend par "anciens" leurs parents mais aussi parfois leur famille lointaine y compris d'autres anciens sans liens familiaux.

La participation politique est orientée vers les décisions qui engagent le destin de la

participação social abarca aos mais próximos do desenvolvimento da vida diária dos indivíduos.

Apesar que os adultos maiores representam um mercado eleitoral relevante, com uma importância crescente com respeito a sua força eleitoral, seu peso como atores políticos ainda é irrelevante.

**PALAVRAS CHAVES:** Envelhecimento; qualidade de vida; enfoque politológico; segurança social.

collectivité dans son ensemble. La participation sociale relève des personnes les plus proches du développement de la vie quotidienne des individus.

S'il est vrai que les personnes âgées constituent un marché électoral significatif et dont l'importance grandit en fonction de leur force électorale, néanmoins, leur poids comme acteurs politiques reste mineur.

**MOST CLÉS:** Vieillesse; qualité de vie; approche politologique; sécurité sociale.

## Democracia, equidad y mercado libre

Chile optó por el paradigma económico de libre mercado durante los primeros años del Gobierno Militar, en consonancia con las tendencias del mundo occidental de las dos últimas décadas del siglo pasado, modelo que se ha mantenido en lo sustancial con algunos ajustes destinados a corregir desequilibrios sociales. El contexto en que situamos el momento de este análisis y sus proyecciones es el Chile democrático del 2001, inserto en el mundo global, que enfrenta el desafío de consolidar su democracia y propender a hacer más equitativa la distribución de los recursos públicos.

Aunque en su sentido más general la democracia es un modelo político nacido en la antigüedad clásica, la forma de democracia del mundo global de hoy día es una creación del siglo XX, cuya extensión se obtuvo a merced de la ampliación del derecho a sufragio. Históricamente, el desarrollo de la cultura democrática y de sus respectivos valores han estado asociados con la economía libre, dice Robert Dahl (1), la que califica como “capitalista más que socialista o estatista”, entendiéndolo por tal un sistema donde la mayoría de las empresas económicas están en manos de particulares y no del Estado. Las entidades económicas (empresas de cualquier tipo, origen y tamaño: industriales, agrarias, financieras, etc.) son propiedad de individuos y grupos, cuyo objetivo principal es obtener beneficios económicos, sea en la forma de salarios, intereses o rentas. Aquellos que gestionan las empresas no tienen necesidad de aspirar a objetivos más amplios y ambiguos, como el bien común general por ejemplo, sino se mueven por los propios. El mercado es el lugar donde se producen los intercambios, y dado que estos les proporcionan las señales necesarias para adoptar sus decisiones, no requieren ser provistos de información central (como era el estilo de las planificaciones centrales es-

tatales), siendo su límite de operación el marco legal vigente. Este sistema de decisiones múltiples, que supone la existencia de intereses diversos y en competencia, desde este punto de vista, sería el más eficiente para producir bienes y servicios.

¿Pero por qué el crecimiento económico tendría que ser favorable para la democracia? Dahl responde que éste permite disminuir situaciones de extrema pobreza y por tanto, ofrece un mejoramiento general de las condiciones de vida. De esta forma contribuye también a reducir la intensidad de los conflictos sociales y políticos, ya que proporciona más recursos disponibles para alcanzar un compromiso mutuamente satisfactorio, donde ambas partes tengan algo que ganar, disminuyendo al máximo la eventualidad de juegos de suma cero, en donde la ganancia de uno significa la pérdida del otro. El crecimiento, además, proporciona a los individuos, grupos y gobiernos, recursos excedentes que permiten financiar planes sociales para ir en ayuda de los más desvalidos.

El capitalismo de mercado crea un amplio estrato intermedio de propietarios que buscan fundamentalmente autonomía de las esferas del Gobierno, cuyos derechos civiles y políticos están resguardados por el Estado de Derecho, lo que no significa que estos deseen excluirse de la participación política, sino por el contrario, su mismo peso económico los convierte en actores políticos relevantes que interactúan con el Gobierno en el proceso de toma de decisiones en lo que a ellos les afecta. Este sector no solamente agrupa a los de mayores recursos, sino que también forman parte de él los grupos de ingresos medios, constituyendo un sólido espacio en términos de independencia frente al gobierno de turno. Esta visión es similar a la definición de Tomassini (2) sobre sociedad civil, quien señala: “la sociedad civil es el ámbito que no pertenece al gobierno, a las empresas o a las grandes organizaciones sindicales, sino a entidades

como instituciones filantrópicas, organizaciones vecinales y locales, asociaciones de mujeres y de jóvenes y movimientos religiosos”. Este es el espacio de la ciudadanía, y debe su existencia al desafío que plantearon aquellos grupos ajenos a los círculos de poder aristocráticos en tiempos del feudalismo, tales como comerciantes, banqueros, productores, y por cierto, las propias ciudades. Ambos autores coinciden en que fue el crecimiento económico que creó nuevos sectores adinerados, los que a su vez presionaron al Estado por mayores niveles de autonomía y lograron obtenerlos.

Ahora bien, Tomasini señala que mientras en las sociedades del hemisferio Norte existe una proporción equilibrada entre gobierno y sociedad civil, en Latinoamérica ésta es mucho menor por razones culturales. Las tradiciones libertarias, en el sentido de buscar resguardo de las libertades individuales frente a eventuales excesos por parte del Estado, son mucho más fuertes entre los anglosajones que en los latinos. No obstante, este autor sostiene que una sociedad civil débil debe evolucionar hacia su fortaleza, porque es el espacio de encuentro entre la autoridad y el ciudadano común.

Fortalecer este espacio es una idea compartida también por Dahl, cuando se refiere a la profusión de organizaciones intermedias que genera la vida democrática, y que cumplen el importante rol de mediadoras entre el ciudadano y el Estado. Alain Touraine (3), por su parte, analizando el esquema de internacionalización, señala que el carácter democrático de una sociedad depende de la capacidad de manejar las distintas demandas que surgen de la diversidad de intereses y situaciones de las personas, más que de la separación o superposición de las esferas institucionales. La democracia, en su opinión, se define en primer lugar por la preponderancia de las demandas privadas, individuales o colectivas, por sobre los principios y objetivos del poder político. Este movimiento de abajo hacia arriba es el espíritu

democrático mismo. Este autor postula la subordinación de los agentes políticos a los actores sociales, lo que a su juicio asegura la existencia de una verdadera democracia representativa, de tal manera que se produzca la vinculación de las elites dirigentes con la base social, que él define como diversa y con pluralidad de intereses.

Nos estamos aproximando a la paradoja descrita por Dahl respecto a la vinculación entre democracia y mercado. Dahl señala que si bien la economía libre es una condición para la vida democrática, ésta genera inevitablemente desigualdad en los recursos políticos de que pueden disponer los ciudadanos. Así, una economía capitalista de mercado genera desigualdades políticas, porque los ciudadanos tienen disparidades en cuanto a la posesión de bienes económicos. Es así como los más ricos, que son los menos, alcanzarán una influencia significativamente mayor sobre las decisiones políticas y las acciones del gobierno, que los de recursos limitados y escasos, que son los más. Estas asimetrías no son de ningún modo triviales, porque cuestionan la base moral de la democracia, que aspira a la igualdad política entre ciudadanos.

Siguiendo el razonamiento anterior, en Europa Occidental y en los países de habla inglesa, el “*laisser-faire*” del estado liberal no pudo soportar la presión de los movimientos de descontento popular y la lección de estos episodios, es que el capitalismo sin intervención y regulación estatal no puede subsistir en países democráticos, al menos por dos razones. La primera apunta a que las instituciones básicas del capitalismo de mercado exigen una extensa regulación e intervención estatal. Asuntos vitales como mercados competitivos, propiedad de las unidades económicas, ejecución y respeto a lo contratado, prevención de monopolios, etc., dependen de políticas, leyes y acciones por parte del gobierno. Una economía de mercado entonces no es completamente auto-regulada, ni tampoco puede llegar a serlo. La se-

gunda argumenta que de no existir intervención estatal, muchos individuos y grupos pueden resultar dañados en este juego de intercambio. Los actores económicos movidos por su interés personal no tienen incentivos para preocuparse por el de otros, ni menos por el colectivo cuando se trata de buscar sus utilidades.

Las respuestas, entonces, las busca el ciudadano en el gobierno, en las instituciones políticas y en sus representantes. Y el gobierno se ve obligado a intervenir para alterar un resultado que de no hacerlo dañaría a otros ciudadanos.

- Desde el punto de vista de Touraine, la democracia tiene tres objetivos principales:
- Disminuir las distancias sociales, lo que supone fortalecer el control social y político de la economía;
- Garantizar el respeto a la diversidad cultural y la igualdad de derechos cívicos para todos, y
- Tomar en cuenta las demandas de quienes son usuarios de las prestaciones sociales, los que no deben quedar reducidos a la simple calidad de consumidores pasivos.

Acorde con este planteamiento, hoy corremos el riesgo de que una parte de la población del mundo, y por cierto de cada país, sea excluida de la civilización globalizada. En los países occidentales, en particular, donde el nivel medio de los salarios y la protección social son elevados, existe una fuerte tendencia a sostener al sector competitivo que tiene mucho valor agregado y como contrapartida, aceptar la marginación de los sectores de baja productividad y bajos salarios, quienes son los más expuestos a la competencia de los países más industrializados, antiguos y nuevos. Pero la segregación no tiene únicamente repercusiones económicas sino también sociales, políticas y culturales. Dentro de este amplio sector, coexisten subsectores que son objeto de todavía ma-

yor exclusión en el ámbito de las políticas públicas, como es el caso de los ancianos, las mujeres, las minorías étnicas. Estas personas, volviendo a la argumentación de Dahl, carecen de “recursos políticos”, es decir, no tienen peso ni influencia en el proceso de toma de decisiones, por tanto se encuentran disociadas de los procesos democráticos más profundos, si bien generalmente acuden a expresar su preferencia electoral.

Estos grupos requieren de afirmaciones de voluntad especiales, en el sentido de declararlos sujetos preferentes de atención de políticas tanto públicas como privadas, lo que permite primero que los gobiernos reconozcan su importancia como tales y segundo, que la sociedad también los distinga, de tal manera que los esfuerzos que se emprendan a favor de mejorar su condición, tengan impacto positivo.

### **Diseño de políticas públicas frente al envejecimiento**

Referirse a “envejecimiento” significa abordar el tránsito desde la juventud a la senectud, mientras que por “vejez” entendemos la condición o estado de senescente propiamente tal. Para desarrollar este análisis, utilizaremos una perspectiva múltiple, en el sentido de incorporar los aportes de diversas disciplinas, a partir de dos dimensiones básicas: la primera que alude al proceso centrado en el individuo, que se caracteriza por pérdida gradual y progresiva de la eficiencia biológica, lo que significa que disminuye la capacidad del organismo para funcionar adecuadamente. Este menoscabo que termina en la muerte, es parte del ciclo vital de todas las especies.

Para ilustrar la dimensión individual de envejecimiento, utilizaremos la definición del Dr. Archibaldo Donoso (4): “El avance de la edad es responsable de cambios morfológicos y funcionales en todos los órganos y parénquimas: se traduce en problemas en el aparato locomotor, la piel, los sis-

temas digestivo, respiratorio, inmunológico, nervioso central y periférico, entre otros. Sin embargo estos cambios llamados fisiológicos, por tanto esperados a esta altura de la vida, son frecuentemente complicados por la existencia de patologías crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, osteoporosis, cataratas, patologías dentales y trastornos emocionales para enumerar a los más conocidos”. Estas alteraciones sumadas al deterioro “normal”, demandan mayores exigencias en cuanto al manejo del adulto mayor como problema médico, lo que tuvo como consecuencia que en nuestro país hasta los años ‘90 se mantuviera una idea de atención centrada en los aspectos terapéuticos (“medicalización” del manejo del adulto mayor), en desmedro de una perspectiva más integral.

La segunda dimensión es social, en el sentido que son las condiciones propias de cada sociedad las que determinan, en último término, cuántos años y con qué calidad va a vivir una persona mayor. De acuerdo a este enfoque, existe una relación entre la edad cronológica de los individuos y las funciones que se asignan a los miembros de una comunidad dada, resultante de un sistema de racionalización del tiempo biológico, adaptado a los distintos roles que los individuos deberían ir cumpliendo en sus etapas de la vida como parte de ese conjunto social. Este concepto es la llamada “edad social”. Ambas dimensiones están en constante superposición y no pueden tratarse en forma aislada.

La evolución de las distintas etapas de la vida humana, entonces, está relacionada con el papel más o menos activo que desempeña el individuo en la sociedad, de tal manera que se es más dinámico en las más tempranas y menos en las más tardías. En estas últimas, es frecuente que las personas suspendan sus obligaciones laborales y comiencen a depender cada vez más de sus familias, de su comunidad y de la sociedad. Si bien esta transferencia es gradual, ocurre dentro de

los contextos históricos, culturales y sociales propios, es de todos conocida y en muchos casos hasta anhelada y tiene un fuerte impacto en las condiciones de vida del afectado.

Hablamos de “población envejecida” cuando se ha alterado la composición por edades, y se registra un aumento sostenido, absoluto y relativo, de personas mayores de 60, mientras los menores de quince años disminuyen su representatividad porcentual. Lo que está ocurriendo es una transición demográfica, entendiéndola por tal un evento de larga duración que se desarrolla entre dos extremos: el primero se acompaña de altas tasas de natalidad y de mortalidad, lo que se traduce en bajo crecimiento demográfico. En el otro margen encontramos que las tasas de natalidad y de mortalidad han disminuido y el crecimiento demográfico vuelve a ser bajo. En medio de este proceso, la mortalidad bajó mucho más rápidamente que la natalidad dando paso a un crecimiento demográfico explosivo.

De acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, INE (5), a comienzos del siglo XX los adultos mayores eran algo más de 200.000 personas, en 1950, 417.000, en el 2000, 1.550.000 y el 2021 serán 3.100.000. Los adultos mayores chilenos se duplicaron en la primera mitad del siglo y se cuadruplicaron durante la segunda mitad, esperándose que nuevamente se dupliquen al final de la segunda década del XXI. Por el contrario, se advierte una rápida disminución del porcentaje de 15 y menos años, aumentando la población de edades más avanzadas. De esta forma, al año 2010 habrán 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años y en el 2034 estos montos se igualarán.

Durante la segunda mitad del siglo XX Chile alcanzó bajos niveles de fecundidad asociados a también baja mortalidad. En el caso chileno, (6), entre 1955 y 1962, la fecundidad de las chilenas era un poco superior a 5 hijos por mujer, ocurriendo el des-

censo más importante entre 1963 y 1980, de tal forma que en el año 1994 el promedio de hijos por mujer era de 2.6, valor relativamente estable desde hacía una década. Respecto a la mortalidad, se advierte su disminución desde hace más de 60 años. En el quinquenio 1970-75 la expectativa de vida era de 64 años para ambos sexos, en 1980-85 ascendió a 71 años, con diferencias a favor de las mujeres, mientras que en 1995-2000 es de poco más de 75 años, siendo 72 para los hombres y 78 para las mujeres. Uno de los aspectos más relevantes que ha contribuido a bajar la mortalidad general ha sido el descenso de la mortalidad infantil. Los procesos migratorios, que son el tercer componente de la dinámica poblacional, no han tenido mayor relevancia en el caso chileno.

Las estadísticas mencionadas nos señalan que el principal agente causal de este fenómeno ha sido el cambio del patrón reproductivo de la mujer a partir de la segunda mitad del siglo pasado, manifestación que debe ser interpretada como una tendencia generalizada en el contexto de la cultura occidental. A lo largo de la historia, cuando los países se vieron involucrados en guerras internas y/o externas, las mujeres asumieron gran parte de las tareas productivas que realizaban los hombres, pero a medida que el siglo XX avanzó, ellas se interesaron cada vez menos por volver a sus esferas habituales. Por una parte, las condiciones de precariedad económica de la post guerra las incentivaron a buscar trabajos remunerados para ayudar a sus familias, mientras por la otra, cobraban fuerza las demandas por la incorporación femenina a la vida política, especialmente aquellas centradas en obtener el derecho a sufragio para continuar con reconocimiento laboral igualitario y, últimamente, con exigencias asociadas al concepto de género. En Chile, la masificación del uso de anticonceptivos orales e intra-uterinos de finales de los '60, provista ampliamente a través de los servicios de salud del estado, hizo realidad que la mujer pudiera optar con

éxito a limitar su familia. Esta fue una innovación sin precedentes, por cuanto esta política de estado permitió a las mujeres construir proyectos culturales propios, a través de su incorporación al mundo laboral y del desarrollo de áreas de intereses distintos al ámbito familiar, más ajustados a su crecimiento personal.

Cuando en las últimas décadas del siglo XX se reconoció la tendencia al predominio de habitantes mayores, se produjeron acalorados debates entre defensores y detractores de la planificación familiar, considerada como ya señalamos, la intervención responsable de la baja de la tasa de fecundidad en Chile. Durante los años del Gobierno Militar, la baja del crecimiento generó inquietudes geopolíticas arraigadas en la percepción que los países con mayor población tendrían más poder político y económico. Se optó entonces, por una política de población orientada a estimular el crecimiento por la vía de dificultar el acceso a la contracepción, pero la verdad es que no tuvo resultados prácticos, porque el manejo anterior dirigido a la disminución de los embarazos no deseados no fue solamente una intervención médica, sino una profunda acción educativa de toma de conciencia acerca de la paternidad responsable por una parte, y por la otra, un reconocimiento hacia el rol de la mujer en la vida activa, lo que tuvo como consecuencia el cambio cultural ya descrito.

Durante el Gobierno Militar no hubo intervenciones en la forma de política de Estado en el campo del envejecimiento, sino más bien efectos de acciones generales derivadas del gran objetivo de modernización hacia un modelo económico neoliberal, siendo para nuestro estudio la de mayor relevancia la de Seguridad Social. Entre los años 1980 y 1981, el Estado traspasó responsabilidad

<sup>1</sup> Nota de la autora: La encuesta CAS aplicada por los Municipios determinaba la calidad de beneficiarios de subsidios y beneficios de la Red Social de Gobierno que operaba en ese tiempo.

des a los privados constituidos como Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), destinadas a tutelar el ahorro de los trabajadores para el momento del retiro, pero siguió manteniendo a los de menores recursos en el Instituto de Normalización Previsional, INP. Al mismo tiempo se implementó un sistema paralelo de salud privado, ISAPRES, para los de mayores medios. La Seguridad Social de los chilenos es desde entonces un sistema mixto, que descansa en un pilar público y en otro privado. En el mismo período se registra una medida política de injerencia negativa, cuando producto de la recesión económica de los años 1982-1983, el reajuste del 10.6% que correspondía aplicar a los jubilados no fue cancelado, en virtud de otras prioridades. Esta deuda fue saldada sólo parcialmente en 1995, porque los montos pagados no correspondían exactamente a los adeudados (7). Otras intervenciones tuvieron carácter asistencial tales como: la creación de la Pensión Asistencial, PASIS, exclusiva para ancianos calificados en tramos de pobreza de acuerdo al instrumento de medición de la época<sup>4</sup>; CONAPRAN, Corporación Nacional para la Protección de la Ancianidad, la organización de voluntariado femenino que agrupó ancianos en clubes con fines recreativos y asistenciales; y una política de reajuste de pensiones automática cuando el IPC llegaba a acumular 15%.

En los primeros años del retorno democrático el Gobierno se abocó a la elaboración de una política específica para el adulto mayor a través de MIDEPLAN(8), a partir de un razonamiento metodológico de “inversión en capital humano” como alternativa integral para superar la pobreza, a través de un proceso de “identificación de colectivos”, estrategia que buscaba reconocer ciertos grupos sociales como sujetos preferentes de atención, dentro de los cuales considera a niños, jóvenes, discapacitados, pueblos nativos, mujeres jefes de hogar y tercera edad, lo que condujo a la elaboración de la *Políti-*

*ca Nacional sobre Envejecimiento y Vejez: Lineamientos Básicos*. Este fue el primer documento oficial que reconoció explícitamente el cambio demográfico experimentado en Chile hacia el envejecimiento de su población, reconociendo a los mayores como uno de los sujetos prioritarios de cobertura de la política social integral del Gobierno.

En este contexto, ellos han sido definidos como actores de su propio proceso de envejecimiento individual y también social. De esta forma se busca desplazar por una parte, los antiguos enfoques caritativos donde el sujeto era más bien una víctima que un objeto de atención; y por la otra, la orientación preponderante hacia los aspectos médicos curativos. Este carácter le otorga la dimensión de “envejecimiento activo”, según el cual las personas mayores son miembros tan útiles a la sociedad como los otros, por tanto interesa facilitarles interactuar en el máximo de los niveles, para poder recoger su aporte familiar, comunitario y político. La intervención estatal frente al envejecimiento es entendida como una acción emprendida por varios sectores del aparato público, que genera acciones a partir de precisiones sobre coberturas esperadas frente a necesidades físicas, materiales, de integración social y política y recreativas.

En enero de 1995, el Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle designó como su organismo asesor en la materia a la Comisión del Adulto Mayor, la que tuvo por encargo confeccionar una Política Nacional, promulgada en 1996. Este discurso oficial apunta a que el Estado debe cumplir con su rol subsidiario en favor de esta población, produciendo los recursos que permitan realizar las acciones planificadas en la Política Nacional, lo que permitirá que se les otorguen subsidios directos e implementar los planes y programas específicos, declarándose a sí mismo actor principal y promotor del cambio, en cuanto a superar el enfoque predominantemente asistencial que se había llevado hasta entonces y además, como el ente coordina-



dor de las acciones de distintos sectores de su dependencia involucrados en la atención del senescente, actividad a la que le atribuye gran importancia, dado que hay un reconocimiento explícito de frustración de acciones anteriores dirigidas a esta población objetivo, por la falta de sistemas de enlace que permitieran tener evaluaciones adecuadas de las prestaciones que se estaban entregando.

Se determina asimismo los tipos de servicios a entregar a partir de diagnósticos multisectoriales y finalmente, el Estado delimita responsabilidades frente al cuidado del adulto mayor, propendiendo a un papel activo por parte de la familia en primera instancia y también de la comunidad. Hay un gran énfasis discursivo en cuanto a que la responsabilidad de atención del adulto mayor debiera ser asumida sin que el senescente sea apartado de su entorno familiar habitual, y se expresan repetidas alusiones a su integración activa al medio social.

### **Imaginario del envejecimiento**

No es infrecuente, dice el Dr. Fernando Lolas (9), “en personas sanas que envejecen, encontrar que el Yo carece de edad, mientras las otras personas a su alrededor perciben una serie de cambios. Esta dualidad entre la consideración externa y la interna es crucial para entender algunos problemas psicológicos asociados a esta etapa de la vida. El “sentido” que dan los demás a una vida, contrasta a veces agudamente con el “significado” que a sí mismas se dan las personas. El sentido social está asociado a la ética del trabajo. Hacer es más importante que ser, y ésta es la base de la asignación usual de categorías entre adultos. El significado personal en cambio, es una construcción individual de identidad. Y así como hay una discrepancia entre el cuerpo percibido por las propias personas y el mismo cuerpo percibido por otros, así también la imagen interna difiere al ser construida por el sujeto o por el grupo al cual pertenece”.

Las imágenes que tiene la sociedad actual respecto a la senectud, tanto las que elabora quien está experimentando el proceso como sus cercanos y la sociedad en general, corresponden a patrones culturales de “negación”, vale decir, de no querer reconocer que el envejecimiento es una situación insoslayable para el ser humano, aun el del siglo XXI, miembro de una sociedad que ha logrado tantos avances científicos y tecnológicos cuyos beneficios deberían ser capaces de aminorar las condiciones ingratas asociadas a este proceso. Nuestra aldea global refuerza constantemente esta idea, apoyada por los medios de comunicación. Así, el intentar detener o retardar el envejecimiento se ha convertido en una obsesión y también en una nueva y prolífica fuente de ingresos al crear un hábito de consumo diferente, lo que permite vender exitosamente una enorme gama de productos y servicios tales como cirugías, cosméticos, aparatos de ejercitación física, vestuario, alimentos especiales, suplementos vitamínicos, antioxidantes, entre otros.

La vejez es percibida y transmitida como una situación angustiada, estereotipada en imágenes de ancianos enfermos, inválidos, que sufren graves alteraciones emocionales, y que por sobre todo, representan una carga emotiva y económica para sus familias, sea que compartan el hogar con sus parientes, vivan solos o estén internos en instituciones especiales. Los medios de comunicación en general se refieren al “problema de envejecer”, como algo completamente ajeno a las realidades individuales de todos los involucrados en el proceso comunicacional. Es como si comunicadores, lectores, auditores o tele espectadores estuvieran completamente a salvo de vivir este tránsito. Esto se expresa abundantemente en documentales y programas testimoniales que ilustran destructivamente este paso y también en la ausencia de imágenes de adultos mayores en la televisión. Son muy escasos los conductores de este grupo de edad en la programa-

ción de alto *rating*, ya que la televisión chilena en general (y un poco menos la internacional), privilegia programas de contenidos y figuras muy juveniles, en desmedro de los mayores.

Pero: ¿cómo se ven los adultos mayores a sí mismos? Al respecto son muy interesantes los resultados del estudio auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado por el sociólogo Oscar Domínguez, sobre la base de entrevistas realizadas en un universo de 1.572 adultos mayores de las comunas urbanas de la Región Metropolitana (10), que entrega la percepción de los senescentes frente a su propia salud y funcionalidad para las actividades cotidianas, como indicadores de bienestar físico, mental y social.

Según los propios ancianos, sus problemas más importantes estaban relacionados con las exigencias económicas y de salud, representando lo económico la principal preocupación para los menores de 75, mientras la salud se manifestó como tema prioritario sólo en los grupos más altos, especialmente en mujeres. Este hallazgo es relevante y reafirma lo aseverado antes por el Dr. Lolás, acerca de las enormes diferencias que existen entre la percepción individual y social respecto al envejecimiento. En cuanto a sus aplicaciones operacionales, plantea relegar definitivamente las orientaciones de las políticas dirigidas a la vejez, basadas en el tradicional acondicionamiento cultural de tender a considerarlos como “enfermos”, puesto que aquí se reveló que el 65% de los interrogados se sentía “sano” y además, tenían buena capacidad para cuidar de sí mismos. Para conocer su medida, se elaboró un Índice de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) que permite agrupar a la población objetivo en tres categorías: los auto-valentes, que desarrollan su vida normalmente sin ayuda; los que requieren ayuda para determinadas actividades, y los frágiles e inválidos, que están impedidos de atender a su cuidado sin asistencia. Esta clasificación permite identificar

los servicios de apoyo necesarios para conservar la autonomía o atenuar la dependencia según el caso. Los resultados muestran que el 66.7% de la población mayor cubierta en este estudio puede definirse como funcionalmente sana, capaz de llevar una vida independiente, 30% son funcionalmente frágiles, es decir requieren auxilio para ciertas actividades, y el 3.3% es funcionalmente dependiente y padece invalidez severa.

El 71.9% de ellos declaró tener algún problema de salud al momento de ser interrogado, más las mujeres que los hombres. Entre los problemas que ellos señalaron con mayor frecuencia estaban los asociados al aparato circulatorio, al sistema osteo-muscular, traumatismos, accidentes y enfermedades de los órganos de los sentidos. Respecto a estas últimas alrededor del 30% refirió problemas secundarios para enfrentar sus actividades diarias por disminución de la visión y un 12% de audición. Al 28% de los entrevistados la falta de piezas dentales le impedía la masticación. Por tanto podemos inferir, que existe un 30% de adultos mayores que requieren obtener soluciones relativamente simples y de bajo costo para mejorar sus capacidades.

A pesar de esta optimista evaluación de sí mismos y la abierta discriminación en contra del envejecimiento de los medios, el sillón o la cama frente al televisor siguen siendo “el lugar más cómodo” donde el senescente pasa gran parte de su tiempo, sea en su hogar o en instituciones. Aquí el adulto mayor, cuya identidad propia se ha ido desdibujando a medida que va tomando conciencia tanto de sus limitaciones físicas y psicológicas como de sus dificultades para mantenerse inserto en el diálogo familiar y social, se adueña de ficciones ajenas que le permiten disociarse de su propia realidad. Sin embargo, esta situación no es muy distinta en otros grupos, puesto que los chilenos de todas las edades pasan alrededor de dos a tres horas diarias frente al televisor. Resulta apropiado entonces, asociar el po-

tencial de la televisión a la introducción y transmisión de mensajes destinados a cambiar la imagen social de los ancianos. Pero la empresa no deja de tener sus dificultades.

La televisión es un sistema centralizado de narrar la historia. Sus dramas, anuncios, noticias y otros programas llevan a un mundo relativamente coherente de imágenes y mensajes comunes a cada hogar televidente. Las generaciones actuales nacieron dentro del ambiente simbólico de la televisión y viven con sus respectivas lecciones a lo largo de la vida. La televisión cultiva desde el principio las predisposiciones genuinas que influyen en los usos y selecciones culturales futuros. Trascendiendo barreras históricas de cultura y movilidad, la televisión se ha convertido en la principal y más común fuente de cultura cotidiana de una población diversa y heterogénea como la nuestra. Muchos de los que actualmente dependen de la televisión, nunca, anteriormente, habían tomado parte en una cultura política nacionalmente compartida. La televisión suministra, quizás por primera vez desde la religión preindustrial, un fuerte vínculo cultural entre las élites y el resto del público, un ritual diario compartido y con contenido altamente informativo e irresistible (11).

La televisión detona el proceso de influencia en la opinión pública, porque apela en primer término al elemento visual, apoyado con sonidos, diálogos y relatos. Las series y películas de todo tipo captan fácilmente la atención de la audiencia, porque sus formatos de dramatización apoyados en imágenes y mensajes tipo ideas fuerza así lo permiten. Pero los contenidos son intencionados, de tal manera que muchas veces la programación tiende a sobre representar a ciertos grupos que responden a los parámetros estéticos y políticos deseables, por ejemplo blancos, heterosexuales, jóvenes, delgados, altos, en desmedro de minorías étnicas, ancianos, obesos y enfermos. O bien, si estos modelos llegan a ser abordados, generalmente se hace en la forma de presentación de un

problema, llamando la atención del televidente sobre la necesidad de corregir y evitar, pero rara vez de aceptar una condición dada.

La transmisión de valores y creencias, que a su vez generan actitudes de aceptación o de rechazo frente a determinadas posturas, también se realiza de modo más sutil a través de la emisión de noticias "objetivas" y de programas de entretenimiento, aparentemente libres de toda manipulación política. Pero la verdad es que ninguna comunicación es neutra y todas ellas, en mayor o menor grado, entregan adjuntos que buscan lograr un determinado efecto en el público, sugiriendo claramente una forma sesgada de ver la vida, lo que constituye manipulación franca. Por tanto, habría que considerar como elementos de información y socialización política no sólo a las comunicaciones que van explícitamente en ese sentido, sino también a todas aquellas que implícitamente tratan sobre ello.

Otro tema que se debe examinar es la finalidad que persiguen los medios de comunicación y, más concretamente, la televisión. Esta cuestión parece un tanto baladí porque se puede responder de inmediato que sus objetivos son la información y el entretenimiento. Esto es cierto, pero no debe olvidarse que ante todo son empresas y como tales persiguen la obtención de beneficios económicos, algo perfectamente acorde con el esquema de libre mercado en que estamos insertos. Esos beneficios se logran, como es sabido, a través de los anunciantes que pretenden hacer llegar sus productos al mayor número posible de personas. Por tal motivo, la prioridad en la programación televisiva es captar a la mayor audiencia posible y preferentemente, al segmento con mayor capacidad de consumo. Respecto a nuestra población objetivo, aproximadamente el 90% de los adultos mayores (recordemos como dato ilustrativo que solamente el 8% de ellos están afiliados a ISAPRES), tienen más o menos disminuida su capacidad y potencialidad

de consumo por sus bajos ingresos; por tanto, no resultan un mercado publicitario atractivo. Educar utilizando la televisión entonces, requiere implementar acciones que promuevan la asociación del Estado con privados, para proveer espacios financiados que permitan introducir los mensajes positivos deseados. De no existir esos apoyos, no sería posible intervenir en forma sostenida por este medio.

### **La calidad de vida**

Nuestra perspectiva de análisis es la de considerar el envejecimiento como un evento fisiológico, que si bien está presente durante toda la vida se hace más intenso en las últimas décadas, y se expresa en dificultades para la adaptación tanto del organismo frente al propio Yo biológico y psicológico, como frente al medio social en que se desenvuelve quien alcanza la senectud. Uno de los desafíos más importantes en la geriatría de hoy es poder definir qué es el “envejecimiento sano”, en el sentido de establecer la frontera con lo patológico. Sabemos que en el envejecimiento biológico tienen participación factores tales como la herencia, el sexo, los estilos de vida, el ambiente, estado nutricional, los niveles de ingreso y educacionales, la actividad laboral desarrollada en la época activa, sus condiciones de vivienda en términos arquitectónicos y familiares, etc. El conjunto de estas y otras variables nos lleva a la elaboración del concepto “calidad de vida”, recurriendo para efectos de este análisis a la elaboración de F. Lolas (9).

El concepto de “calidad de vida” considera que la subjetividad es un elemento esencial, por tanto la expectativa es ante todo individual. Externamente, podrá afirmarse que una calidad de vida es mejor o peor, pero en último término es la propia persona la que la valida. En la senectud esto es una crucial fuente de conflictos y por cierto de reflexión moral. Cuando se piensa en forma analógica, basándose en los propios criterios, es difícil

hacer justicia a los demás. Se descubre que individuos gravemente limitados, viviendo vidas casi inhumanas, aun en las peores circunstancias, desean conservarlas. En otros casos, no se entiende por qué alguien desea terminar su propia vida si a juicio del observador, posee bienes materiales y espirituales suficientes. Esto ocurre porque existen profundas anomalías que conducen a percepciones erróneas acerca de la relación interpersonal, porque son elaboraciones que desconocen al otro como agente autónomo. Parte de esta anomalía deriva de las buenas intenciones o de lo que se cree que es solidaridad, que conduce frecuentemente a los seres humanos, cual más cual menos, a practicar el paternalismo, que no es otra cosa que hacer el bien al otro sin dejarle la posibilidad de negarse.

La “calidad de vida” es multidimensional, por tanto no puede evaluarse atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud. Debe comprender el estado físico, la espiritualidad, la capacidad de desplazarse, la independencia, la satisfacción, esto es, innumerables dimensiones. No es de extrañar entonces, que en algunos aspectos haya mayor precisión que en otros, siempre teniendo en cuenta que lo que es estimado como bueno, pueda variar según el tipo de escala o la forma de medir. Así llegamos al tercer elemento del concepto: su complejidad, producto de la heterogeneidad. El cuarto componente es que calidad de vida es un concepto dinámico, por tanto varía con el paso del tiempo. De esta forma, la apreciación al respecto que se tiene a los veinte años es distinta a los cuarenta o cincuenta, no solamente porque algunas preferencias han cambiado, sino porque determinadas limitaciones fisiológicas imponen diversos tipos de satisfacciones, y por que además, el propio criterio con que se evalúan las cosas cambia. Una cuantificación o una evaluación cualitativa que no tome en cuenta este hecho, perderá algo indispensable para comprender la diversidad por edades.

Si se comparan dos grupos de senescentes dentro de un mismo rango de edad, podemos advertir pérdidas distintas, de modo que lejos de constituir los ancianos un grupo uniforme, se caracterizan por ser en extremo diversos entre sí. No todos los sistemas orgánicos y los atributos psicológicos envejecen al mismo ritmo. Y ello induce a más diferencias individuales. Así, hay sujetos más añosos en su sistema cardiovascular que en su sistema gastrointestinal. Hay algunos cuyas funciones cognitivas quedan intactas por mayor tiempo. La característica esencial es que cuesta evidenciar el cambio. Primero por los atributos y la complejidad de la calidad de vida y luego por la mayor diferenciación que las experiencias vitales introducen en las personas. En épocas anteriores, tales cambios no alcanzaban a mostrarse en plenitud, simplemente porque las personas morían antes.

Proponemos adoptar este concepto “calidad de vida” en sus posibles aplicaciones para el estudio y elaboración de políticas públicas en beneficio de la población de adultos mayores, teniendo en cuenta que por ser un concepto subjetivo, multidimensional, complejo y dinámico, es el marco que ofrece la mejor interpretación integral para abordar futuras acciones.

## La salud

Sabemos ya que el adulto mayor es un sujeto vulnerable en muchos sentidos y uno de ellos es que enferma con mayor frecuencia que otros grupos de edad (12). En la salud chilena existe un sistema mixto, con un componente público mayoritario y una pequeña porción de afiliados a instituciones privadas. Aproximadamente el 75% de todos los adultos mayores del país son beneficiarios del sistema de salud público, dos de cada tres tienen derecho a recibir atención gratuita en los establecimientos estatales y FONASA, grupos A y B. Solamente el 8% de la población mayor chilena está adscrita

al sistema de salud privado, ISAPRES. De este modo podemos asegurar que el 50.1% de los adultos mayores del país dependen del estado para recuperar su salud. Esta carga irá en aumento. Mientras hoy día hay 700.000 beneficiarios, el 2010 ellos habrán aumentado a cerca de un millón. En mayo del 2001, se eliminó el pago compartido de hospitalización en establecimientos públicos a los beneficiarios adultos mayores afiliados a FONASA, iniciativa que sin duda contribuirá a mejorar el acceso de los ancianos enfermos al sistema.

La perspectiva del equipo de salud da cuenta de la falta de servicios especializados en adulto mayor, respecto de recursos humanos debidamente entrenados y de establecimientos de atención, sea en el nivel primario o de mayor complejidad. Persiste todavía, aunque en menor grado, la tendencia curativa del modelo de atención que favorece largas hospitalizaciones que les generan otros problemas adicionales, tales como aumentar sus dificultades locomotoras, exceso de consumo de medicamentos, y lo que es más grave, predispone a la desvinculación de los familiares una vez que el anciano ingresa al hospital. Se señala además, que pese a los esfuerzos realizados, aún persiste la falta de coordinación entre el sector salud con otros sociales y comunitarios, y a pesar que es una recomendación de larga data, todavía no se dispone de alternativas reales para asistir a los ancianos frágiles que permanecen en sus domicilios sin trasladarlos a centros asistenciales.

La atención de salud del senescente debe ser llevada a cabo por un equipo transdisciplinario, debidamente entrenado. Aquí tiene especial importancia la formación académica de postgrado en gerontología, la que se está abordando a través de algunas universidades, pero todavía dista de alcanzar niveles de suficiencia. Referente a lo mismo, es muy importante disponer de recursos humanos y materiales especializados en gerontología no solamente en la Región

Metropolitana (donde también son escasos) sino en aquellas regiones más envejecidas: IV, IX y X, y también donde se concentra la población de senescentes más pobres: VIII, y otra vez la IX y IV. Ahora bien, todo este proceso terapéutico debe esforzarse en considerar al paciente anciano sujeto y no objeto de las atenciones recibidas. Por una parte, él o ella deben ser capaces de valorar los progresos, retrocesos o situaciones estacionarias que van experimentando con el tratamiento, y por la otra, las normativas y los programas deben tener cierta flexibilidad para poder respetar estas diferencias individuales, lo que es una permanente tensión frente a la cuantía siempre escasa de recursos.

La recuperación de la salud del adulto mayor debe ser entonces, una propuesta integral que a partir del reconocimiento y aceptación de la subjetividad del anciano, se oriente hacia la satisfacción de la dimensión individual, para desde allí proyectar el impacto colectivo que estamos preconizando. Esta modalidad además, permite dar satisfacción a la idea de Alain Touraine (3) que analizamos al comienzo, que señala que en democracia los consumidores de los bienes públicos (en este caso de la salud pública) deben ser activos contralores de la calidad de los servicios que están percibiendo y no limitarse a ser receptores pasivos, como sigue siendo hasta ahora.

## **La seguridad social**

Es en este campo donde notamos con mayor fuerza la presencia de la economía de mercado, al coexistir un sistema mixto. En lo privado, se define como un régimen jurídico institucional basado en la creación de un fondo individual de capitalización, compuesto por las cotizaciones del afiliado y las rentas que obtiene a lo largo del tiempo la respectiva administradora y que al final de la vida laboral constituye un capital con el cual se puede contratar un seguro de renta vitalicia, un retiro programado del capital o

una renta temporal con renta vitalicia diferida. De este modo, la suficiencia y la cobertura están determinados por el capital así formado. En todo caso, hay una garantía estatal mínima determinado por ley. Actualmente hay alrededor de seis millones y medio de personas afiliadas al sistema privado, sostenidas por aproximadamente la mitad que son los cotizantes, distribuidos en ocho instituciones o administradoras (AFP).

El sistema público opera a través del Instituto de Normalización Previsional, INP, encargado de administrar tanto el pago de pensiones ya causadas como de las que se ocasionen en el futuro en beneficio de sus actuales imponentes. A diferencia del anterior, éste es un gasto que en su mayoría asume el Estado directamente. El INP paga alrededor de un millón de pensiones anuales, sea por antigüedad, vejez, invalidez o sobrevivencia. Al mismo tiempo, debe concurrir con los imponentes que se mantuvieron en el sistema antiguo, y que incluye más o menos a 300.000 personas. Además, se contempla otra modalidad consistente en la asignación de Pensiones Asistenciales (PASIS) para mayores de 65 años en situación de pobreza. Este tipo de asignación ha venido a cubrir parcialmente a quienes por la insuficiencia de años o falta de cotizaciones previsionales no tienen derecho a jubilación. Ahora bien, a los gastos de recursos fiscales ya señalados debe sumarse otro más: el relativo al financiamiento de bonos de reconocimiento de aquellos que se trasladaron desde el antiguo al nuevo sistema.

Cifras recientes muestran que en torno al 40% de la población adulta mayor no está afiliada a ningún sistema previsional y cuya responsabilidad debe ser asumida por el Estado. De quienes reciben jubilación o pensión, un 72,2% está adscrito al Instituto de Normalización Previsional y el 11,8% se ha pensionado a través de una AFP (CASEN, 1998). Como vemos, persisten importantes sectores de trabajadores independientes, sean a tiempo completo, parcial u ocasional que

no están afectos a sistema previsional alguno, cuyos ingresos generalmente son mínimos e inestables (de hecho, sólo el 2% de los adultos mayores reciben ingreso producto de traspasos estatales vía subsidios monetarios). En este segmento del análisis es conveniente recordar la situación generalizada de desventaja económica histórica que tienen las mujeres jefes de hogar frente a los hombres, lo que se traduce en menores ingresos y bajas coberturas previsionales, todo lo cual redundará en una mayor probabilidad de enfrentar condiciones agudas de pobreza, tanto ellas como sus familias. A esto es necesario agregar que independientemente del género, las oportunidades para el adulto mayor de obtener mejores condiciones laborales son bastante menguadas, frente a la severa competencia con las generaciones más jóvenes y con mejor nivel de educación.

El adulto mayor, antes y ahora, accede al sistema de seguridad social principalmente por causales de edad. Esta situación general no da cuenta de las diferencias al interior del mismo grupo etario que analizábamos antes, puesto que hay un progresivo aumento de la vulnerabilidad del adulto, y por ende, mayores necesidades mientras más se avanza en edad. Un progreso al respecto es que el monto de las pensiones mínimas ya ha sido incrementado si el beneficiario es mayor de 70 años, pero salvo en este caso, la mayor edad no ha sido incorporada como parámetro para elaborar políticas de seguridad social que permitan definir otros beneficios distintos.

El sistema privado de pensiones sí contempla el avance de edad a través de la capitalización individual, dependiendo el monto de la pensión que se obtiene del ahorro acumulado. Pero lo anterior es impracticable en períodos de cesantía, cuando simplemente debe cesar el ahorro hasta que se obtenga un nuevo empleo, disminuyendo su fondo de capital en relación al tiempo que el trabajador permanece desempleado, a menos que él mismo después lo reponga. Para esta even-

tualidad no hay una solución legal que permita una intervención en favor de los afectados. Asimismo, el monto del capital depende en gran parte de la rentabilidad que obtengan las administradoras, gestión que ha tenido resultados negativos en varias oportunidades durante los últimos dos años y ha ido en desmedro de quienes debían acogerse a jubilación entonces y más adelante.

En el presupuesto 2001, el gobierno incorporó la partida “superavit estructural”, que significará introducir un ahorro fiscal similar al 1% del gasto anual. Parte de estos recursos serán destinados a resolver el tema previsional del futuro, por cuanto por las razones que ya hemos analizado, una parte significativa de quienes se acogerán a retiro en los próximos años con el sistema de capitalización individual, recibirán montos inferiores a las pensiones mínimas.

A fines del 2000 se aprobó una propuesta tendiente a igualar montos de pensiones mínimas y que además eliminará progresivamente los pagos adicionales —entre 2% y 4%— que los jubilados deben efectuar además de su cotización de salud obligatoria del 7%. La distorsión venía produciéndose desde 1988, año en que fue promulgada la ley 18.754, que estableció el pago del 7% del salario para salud. En esos años existían 38 cajas de previsión distintas y cada una de ellas operaba con sus propios montos. Después de la promulgación de la ley mencionada, siguieron incautándose a los pensionados las sumas complementarias, las que pasaron a formar parte de un fondo solidario. La modificación permitirá financiar este fondo con recursos fiscales, lo que significa un aporte de 12.500 millones de pesos, que se realizará en tres etapas: un tercio de los jubilados cesará su obligación de pago al 1 de julio del 2001, el segundo tercio a contar del 1 de enero del 2002, y el último a partir de julio de ese mismo año.

Pero el intento de mejorar ingresos, siendo uno de los elementos más importantes

para una vejez tranquila, no es el único. Aquí cobran relevancia los servicios sociales que puedan implementarse, tanto de iniciativa pública como privada, los cuales tenderán a favorecer su reinserción en la vida social. Uno de los aspectos más relevantes a juicio de los expertos consultados para este artículo, es la posibilidad de que este grupo poblacional pueda desarrollar un trabajo creativo, no sólo como fuente generadora de ingresos monetarios, sino además como provisión de espacios para el desarrollo personal. Es recomendable intentar generar ocupaciones con jornadas flexibles, donde puedan transmitir su experiencia y conocimientos a los más jóvenes, como por ejemplo asumiendo tareas en las organizaciones intermedias o comunitarias. Estas actividades permitirían además la reproducción de ambientes proclives a la realización de acciones educativas complementarias, tales como estimular la creación de comportamientos orientados al cuidado de sí mismos y desarrollar habilidades para mejorar sus relaciones familiares y sociales.

## La educación

Los resultados de la CASEN 1998 indican que un 15% de los adultos mayores son analfabetos; el porcentaje promedio en la población total es de 4,6%. El analfabetismo en los adultos mayores es levemente superior en las mujeres que en los hombres: un 15,6% frente a un 14,1%. Sabemos que han habido avances al respecto, especialmente en cuanto a corregir condiciones de analfabetos por desuso a través de algunos programas especiales implementados en varios municipios. Pero no obstante, tanto la escasa instrucción primaria como la menguada capacidad de lecto-escritura son condiciones altamente negativas para poder realizar acciones tanto de valoración personal como de inserción laboral. Debemos considerar que así como los adultos mayores son diversos en cuanto a sus asuntos biológicos y psico-

lógicos, es tal vez en el aspecto educacional donde mayormente se advierten estas diferencias.

De esta forma, aun cuando la actual generación de adultos mayores sea más proclive a mantenerse vigente y autónoma y se interese en adquirir nuevos conocimientos — para aprender especialmente sobre formas de cuidarse a sí mismos y así tener una vejez mejor en términos de calidad de vida—, la pobreza intelectual puede ser tan limitante como la material. La misma sociedad, cada vez más profesionalizante y tecnificada, exige mayores requisitos para ser aceptado, lo que aumenta la segregación de los que están en peores condiciones, caso en el que se encuentra gran parte de nuestra población objetivo. Por tanto, la educación sobre el envejecimiento y la vejez debe abarcar al abanico social completo. Enseñar a envejecer debería ser parte de enseñar a vivir. El contenido clave es transmitir que la vida misma es un cambio constante, y que si bien algunos cambios son origen de limitaciones, hay que aprender a vivir con ellos. Estos contenidos deberían insertarse en los programas de enseñanza básica, media y superior, de tal manera que los jóvenes se preparen física y psicológicamente para cuando tengan que enfrentar su período de adultos mayores. El desarrollo de valoraciones positivas respecto a la edad más avanzada por una parte, permite que los más jóvenes aprendan a cuidar de su propia salud, contribuyendo así a disminuir los riesgos de concomitancia de patologías asociadas al deterioro fisiológico. Y por la otra, favorece el diálogo intergeneracional, indispensable tanto para que los menores desarrollen sentimientos de afectividad, solidaridad y responsabilidad frente a su cuidado, como asimismo para favorecer los objetivos de mejorar la inserción social deseada para los senescentes.

---

<sup>ii</sup> Encuesta CASEN 1996, disponible en URL <http://www.mideplan.cl/casen3/series/definicion.html>



Dado que alrededor del 60% de la población tiene muy bajo nivel o no tiene educación formal —variable fuertemente ligada a la condición de pobreza— sus oportunidades laborales son muy disminuidas. Ellos necesitan aprender algún oficio que les permita obtener recursos adicionales. Pero no basta solamente con capacitarles en determinadas áreas, sino es imperativo realizar acciones para que este aprendizaje efectivamente tenga réditos monetarios. De no ser así, pueden acentuarse sentimientos de frustración que afectan seriamente a su autoestima. Asimismo, debe estimularse a aquellos que desean completar sus años de enseñanza básica o media, coordinando acciones con el sector de educación formal respectivo, junto con crear y aplicar programas de educación continua para los que así lo desean.

Para ese 4% con educación superior, asociado con un mejor pasar económico, y también para aquellos que tengan sus años de enseñanza media completos, que son sanos y desean mantenerse vigentes, es conveniente explorar posibilidades para que puedan perfeccionarse en aquellas áreas de su saber, incursionar en otra nueva, o bien desean ampliar sus horizontes culturales en general. Las universidades en conjunto con los especialistas en gerontología tienen aquí un desafío importante para crear programas flexibles, tal vez no profesionalizantes como las carreras de pregrado clásicas, destinados a este mercado emergente.

## La familia

El Ministerio de Planificación Nacional, MIDEPLAN, para efectos de la aplicación

<sup>iii</sup> INE, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, *Chile y los adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000*, ver cuadro N°18, Población de 60 años y más, por sexo según estado civil, censo de 1992. Disponible en URL <http://www.ine.cl> (estudio elaborado en 1999)

de las Encuestas CASEN<sup>ii</sup>, define en primer término el concepto de “hogar” como la unidad constituida por una sola persona o varias, con o sin vínculos de parentesco, que hacen vida en común; es decir, se alojan y se alimentan juntas, lo que significa que comparten vivienda y tienen un presupuesto de alimentación común. Ahora bien, la misma fuente reconoce como núcleo familiar a aquella agrupación que reúne a parte de los miembros de un hogar y se conforma por la presencia de una pareja cuya constitución puede ser legal o de hecho, con hijos solteros, sea que estos dependan o no económicamente de la pareja o del jefe de familia reconocido por el núcleo y que no tengan ascendientes directos en el hogar. Otros núcleos familiares los constituirán personas que cumplan parcialmente algunas de las especificaciones de esta última definición, por ejemplo padres solteros o separados con hijos, personas solas o un pariente a su cargo. Reconociendo como base ambas definiciones, para efectos de este artículo estimamos, además, que familia incluye al conjunto de personas unidas por el sentimiento de pertenencia a un grupo consanguíneo o no, pero que se sienten ligados entre sí por vínculos de afecto y solidaridad.

Al respecto es importante conocer la situación de pareja de la población adulta mayor. El Censo de 1992<sup>iii</sup> señala que el porcentaje de hombres casados a la fecha de ese estudio correspondía al 71%, mientras el de las mujeres era solamente del 40%. Ahora bien, el 72.2% de ellos tenía esposa o conviviente, mientras el 27.8% estaba solo, sea por soltería, viudez, separación legal o de hecho. Para el caso de las mujeres adultas mayores la situación era completamente distinta: solamente el 42.6% de ellas vivía en pareja (casada o conviviendo) mientras el 57.4% estaba sola por las mismas causas ya descritas. Esta última cifra se explica por dos razones: primero porque la expectativa de vida de las mujeres es superior (5). Para el quinquenio 2000-2005 ésta es 76.6 años para la

mujer y 69.4 para el hombre, mientras en el quinquenio 2020-2025 se estima aumentará a 78 años para las mujeres y 71 para los hombres. Y segundo, por el patrón cultural que orienta a las mujeres a establecer pareja con hombres de mayor edad que ellas. El 16.6% restante de varones son separados o solteros. En resumen, podemos señalar que más del 70% de los hombres mayores enfrenta su ancianidad en pareja, mientras mayoritariamente las mujeres deben hacerlo solas (más del 50%). La familia es el entorno al que el adulto mayor pertenece y del que no debiera salir. Sin embargo, la soledad por pérdida del o la compañera les hacen cuestionarse el sentido de sus vidas, especialmente en el caso de las mujeres, que sabemos que tienen mayores índices de dependencia porque son más desvalidas en términos económicos, numéricamente son más que los varones, y también viven más tiempo.

Los grupos en condiciones socioeconómicas más deprimidas tienden mayoritariamente a compartir su hogar con los mayores, entendiendo por tales no solamente a sus padres, sino a veces parientes lejanos, e incluso otros ancianos no consanguíneos. En los estratos medio y altos, las actuales condiciones del mundo posmoderno imprimen un sello de individualidad que cuestiona el principio de unión familiar. Los integrantes de estos grupos familiares, por sus múltiples actividades laborales y de otra índole, van disponiendo cada vez de menos espacios para interactuar con los suyos. Si la prioridad la tienen los miembros de la familia nuclear, léase padres e hijos y esta interacción se torna cada vez más problemática, es fácil deducir que la misma dificultad será todavía mayor respecto a los ancianos. Dentro de estas categorías socioeconómicas, una porción menor de ellos —especialmente los de mayores ingresos— ha optado por un modelo de interacción distante, en que los miembros de distintas generaciones viven en hogares separados, pero reconocen sus lazos afectivos y se reúnen con

cierta frecuencia. No obstante, todavía gran parte de los estratos aludidos continúa compartiendo el mismo hogar con sus mayores.

La convivencia familiar para los adultos mayores es el ambiente natural donde ellos pueden en mejor forma recibir el afecto y la comprensión necesarios para adaptarse a los cambios del envejecimiento. Por una parte, el grupo familiar les ayuda a sobrellevar sus limitaciones y el dolor de sus pérdidas, disminuyendo factores de angustia porque se sienten respaldados por los apoyos que reciben expresados en consejos e información; y por la otra, les permite satisfacer una de las necesidades más importantes de todo ser humano: amar y sentirse amado. Es importante señalar que estos apoyos son mejores y más sólidos dentro de los sectores calificados en tramos socioeconómicos medios y altos, mientras que en los más pobres no solamente faltan recursos económicos, sino además sus recursos afectivos están deteriorados, lo que para los ancianos tiene repercusiones especialmente serias.

Por tanto, es necesario asumir que la vejez humana es posible sólo en sociedad. La civilización consiste en proveer lazos significativos para que las personas alcancen dignidad y satisfacciones, es decir, para que la calidad de vida sea digna. Una forma de relación corrientemente invocada es la del deber. Los viejos deben cuidar a los más jóvenes para asegurar la continuidad de la especie, mientras como contrapartida, los viejos que ya dieron todo lo posible de sí, se hacen acreedores de respeto y apoyo. Sin embargo este deber es bastante nominal, siendo la idea más aceptada la de solidaridad. Existe una solidaridad horizontal entre quienes pertenecen a un mismo grupo y una vertical, entre los miembros de los grupos y la autoridad de la sociedad mayor que los alberga a todos. Ambas formas de solidaridad pueden estudiarse y desarrollarse conjuntamente, en una reflexión microbioética, centrada en el individuo y sus vínculos, o macrobioética, centrada en los conjuntos y la sociedad amplia.

La sociedad chilena enfrenta el desafío de propender a lograr la adecuada inserción del senescente tanto en su grupo familiar como en su medio social. En el año 2010 nuestra sociedad deberá proveer los medios para la atención de (5) 2.123.602 ancianos, en lo posible dentro de los contextos familiares, en circunstancias que dicho recurso se va haciendo cada vez menos disponible por las razones antes argumentadas. Por esto, es necesario intensificar la ayuda familiar cuando la dependencia es más fuerte y la situación socioeconómica es de mayor pobreza. Esto no incluye solamente recursos económicos directos —que en su mayoría deberán provenir del estado por tratarse de un grupo altamente vulnerable— sino además es una demanda emergente en términos de provisión de servicios sociales, alternativas que requieren del concurso de otras fuentes de soporte distintas al estado, concebida como un sistema de redes sociales no gubernamentales y privadas, capaces de dispensar asistencia cognitiva y afectiva a los ancianos con deterioro familiar o carentes. Estas organizaciones, idealmente en su parte operativa, deberían estar compuestas en su mayoría por los propios adultos mayores y constituirse en torno a objetivos de sociabilidad, recreación, aprendizaje y autoayuda.

### **Participación política y social**

Respecto a la participación del adulto mayor en la vida pública, es necesario formular la siguiente definición instrumental como punto de partida (13): “Participación, son aquellas acciones emprendidas por agrupaciones de personas que comparten uno o varios intereses comunes, caracterizadas por un grado importante de organización, cuya estructura puede ser más o menos permanente en el tiempo y que para alcanzar el cumplimiento de sus fines representan esas inquietudes ante autoridades que deben adoptar decisiones, cuyos alcances afectarán a amplios conglomerados de personas. Desde

esta perspectiva un actor es aquel que tiene posibilidad de influir en la toma de decisiones en materias de su interés. En la medida que un grupo definido por intereses comunes solamente se limite a ejecutar instrucciones, o bien realice únicamente acciones operativas de tipo administrativo frente a asuntos previamente definidos, no está participando, situación en la que se encuentra la mayoría de los adultos mayores chilenos”.

Ahora bien, la participación política y la participación social son diferentes. La primera se orienta a influir en aquellas decisiones que comprometen al destino de la colectividad en su conjunto, es decir las que ostentan carácter trascendente, y por tanto, tendrán efecto en generaciones venideras. Este es el caso, por ejemplo, de las demandas de la Asociación de Jubilados frente a mayores montos en las asignaciones de retiro para todos los jubilados del país. La participación política de nivel intermedio, se refiere a tratar de predominar en aquellos aspectos de alcance regional o local, que si bien pueden integrar a amplios conjuntos de personas, no comprometen la esencia del régimen político. Este es el caso, por ejemplo, de una demanda que pretenda obtener recursos públicos para transportar ancianos desde sus hogares a sus controles médicos o a centros de reunión social. Si bien es cierto hay una decisión de autoridad involucrada, ésta es restringida al ámbito de la autoridad local (o regional cuando más) que la adopta, y no tiene efectos vinculantes para el resto del país. La participación social es aquella que no concierne a los ámbitos de injerencia del dictamen del poder político, sino a los más cercanos al desarrollo de la vida diaria de los individuos. En este caso, quienes demandan acuden a personeros e instituciones de la comunidad, por ejemplo empresarios, banqueros, iglesias, directores de consultorios de atención primaria, directores de establecimientos educacionales, etc.

Ha sido característico de las democracias

occidentales de fines del siglo XX, una creciente preocupación por la falta de participación política de la sociedad civil en general. Uno de los elementos que más frecuentemente se esgrimen al respecto es la apatía electoral de los ciudadanos, quienes demuestran cada vez mayor renuencia para acudir a las urnas, especialmente los más jóvenes (14). En este imaginario se está reduciendo la participación política al ejercicio del sufragio, elemento que como ya vimos antes, si bien ha sido capital en la extensión de la democracia no es el único, existiendo muchos otros espacios todavía inexplorados para ejercer el derecho a la representación de intereses a través de la participación. Sin embargo, aun cuando existe un discurso oficial respecto a considerar el adulto mayor como uno de los actores de su propia integración, la verdad es que ellos están muy lejos de serlo, puesto que todavía los canales de expresión y las organizaciones existentes son escasos. La Central Unitaria de Pensionados, Jubilados y Montepiados de Chile, la Asociación de Jubilados, y la Central de Jubilados del INP son grupos de presión políticos organizados y reconocidos como interlocutores válidos por los diferentes actores. Existen muchas otras agrupaciones de senescentes en el marco de la participación social, en torno a ONGs y gobiernos locales, pero que no han logrado incorporar masivamente a nuestra población objetivo.

Los ancianos en Chile constituyen un universo electoral distinto que ha estado incrementándose. Sin embargo, debido a su falta de organización no producen grupos de presión importantes, salvo los ya especificados. Tampoco el tema de la tercera edad es todavía relevante en términos de agenda de los partidos políticos. Sabemos que en el primer año del milenio, 7 de cada 100 habitantes tienen más de 65 años, al 2010 serán 9 y al final de la segunda década, 11. El adulto mayor ha adquirido un nuevo potencial político en términos del creciente volumen

que representan dentro del conjunto de electores chilenos. Hoy día son aproximadamente el 10%, es decir alrededor de un millón doscientos mil votos, el 2010 probablemente llegarán a los dos millones, y el 2025 se acercarán a los dos millones y medio de votantes. Pero a estas estimaciones será necesario agregar también la propensión de los jóvenes a no inscribirse en los registros electorales, lo que disminuiría todavía más la incidencia de estos últimos en la balanza electoral, atendiendo la reducción que ha venido experimentando el grupo joven debido al fenómeno de transición demográfica. De mantenerse esta tendencia, es bastante probable que aumente todavía más el peso electoral del segmento mayor.

Otro elemento interesante respecto al crecimiento de la población senescente es su disposición de tiempo libre, recurso altamente valorado por las generaciones más jóvenes, pero tiene connotaciones distintas en nuestra población objetivo, puesto que su uso en beneficio de ellos mismos depende en gran medida de sus recursos económicos. Podemos asumir que el 8% de ellos —afiliados a ISAPRES— tienen mayores ingresos, lo que nos hace suponer que es probable que no tuvieran grandes problemas económicos asociados. Pero en el grupo restante es necesario hacer otra distinción más fina: (12) el 18% son pobres, y de ellos el 4% indigentes, es decir carentes de todo recurso. La mayor cantidad de pobres se radica en la VIII Región, casi 28%, seguida por la IX, 27% y la IV con casi 23%. En la Región Metropolitana la proporción es más baja, correspondiendo al 11.5%, pero dado el fenómeno de concentración del país en la capital, significa que en Santiago viven alrededor de 500.000 ancianos, de los cuales casi el 18% (alrededor de 90.000), son pobres. Estas cifras nos permiten inferir que más del 25% de la población adulta mayor no tiene posibilidades de hacer uso de su tiempo libre, dada su condición de pobreza, a menos que los gobiernos

locales o regionales diseñen y establezcan programas subvencionados especiales que así lo permitan.

## Conclusiones

Estamos asistiendo a una transición epidemiológica, estrechamente asociada a los cambios demográficos descritos. Esto significa que se han experimentado variaciones a lo largo del tiempo, que afectaron la composición de la mortalidad por sexo y edades y modificaron las causas de muerte. En la segunda mitad del siglo XX, en los años 60, las enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias tenían alta prevalencia y atacaban preferentemente a los más jóvenes. En cambio, a comienzos del XXI, predominan dolencias que afectan principalmente a los adultos mayores (el 76% fallece por alguna de estas causas), tales como problemas crónicos, degenerativos, tumores malignos y accidentes, mientras en último lugar se ubican las infecciosas y parasitarias. Los progresos en el control de las enfermedades y los avances en la esperanza de vida al nacer, dependerán, cada vez más, de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas. Sin embargo, la prolongación de la vida más allá de los 60 años, no ha evolucionado tanto como lo alcanzado en las edades más tempranas. De esta forma, no se prevén cambios drásticos en un futuro cercano, a menos que se logren adelantos relevantes en el tratamiento y control de las patologías crónicas y degenerativas.

Si el progreso técnico lo permite (15), asistiremos a una prolongación de los años de vida que llegará a los límites biológicos de la especie, lo que probablemente permitirá la aparición de nuevas formas de diversidad y posiblemente, de inéditas patologías. Junto con esto, adquirirán creciente importancia —entre otros— los debates públicos bioéticos, tales como la muerte cerebral, el cuidado del enfermo terminal y el suicidio asistido.

Las exigencias antiguas y nuevas que hemos expuesto a través de esta investigación nos demuestran que la posibilidad de los adultos mayores de alcanzar una buena calidad de vida va a depender en gran medida de lo que es “apropiado” para los tiempos, de lo que es “bueno y satisfactorio”, tanto desde la óptica de los mayores en su calidad de usuarios como desde las perspectivas y criterios profesionales de los planificadores políticos y sociales; y finalmente, de lo que es “justo” en el plano social. Estos tres fundamentos nos orientan a sugerir un enfoque bioético para enfrentar las políticas públicas sobre envejecimiento y vejez en el Chile del siglo XXI.

Tanto el Gobierno como la sociedad deberán realizar una serie de esfuerzos conjuntos para tratar de afrontar, en la mejor forma posible, las demandas que este cambio demográfico nos está exigiendo. Dentro de estos requerimientos están asociadas las dimensiones cuantitativas y cualitativas. Las primeras, por cierto, se refieren a acciones específicas orientadas a la atención integral e incorporación social y política del adulto mayor, previa revisión de algunas políticas existentes y creación de otras nuevas, lo que obligará, probablemente, a la destinación de mayores recursos económicos. La experiencia nos dice que esto es factible si hay crecimiento económico sostenido, para lo cual el mejor sistema, sin ser desde luego perfecto, es el mercado libre. Para lograr este objetivo nacional se requiere por cierto dar confianza tanto a inversionistas internos como externos, siendo necesario que el Gobierno les proporcione señales claras respecto a que se mantendrán las reglas del juego del sistema de economía libre.

Respecto a los asuntos cualitativos, están en primer término aquellos relacionados con lograr el cambio de imagen de la sociedad frente a la etapa de adulto mayor, lo que a su vez debe dar lugar a una serie de proyectos educativos, imaginados e implementados con contenidos y métodos adecuados a los distintos estratos

poblacionales que necesariamente deberían ser cubiertos. El uso de tecnologías de aprendizaje novedosas y utilización de los medios de comunicación es un imperativo para lograr los objetivos masivos que esperamos. Como segundo elemento cualitativo debemos enseñar a los más jóvenes a ser actores de su propio proceso de envejecimiento, entregándoles conocimientos para que puedan colaborar activamente en los aspectos preventivos del cuidado de su salud, de tal manera que en sus etapas tardías ellos puedan vivir su envejecimiento en forma vital.

Siempre en la dimensión cualitativa, la demanda por más y mejores servicios sociales se verá incrementada no solamente porque el grupo adulto mayor está aumentando, sino porque también debemos asumir la individualidad y la heterogeneidad dentro de esta clase, lo que trae consigo la paradoja que esta misma diversidad pudiera generar todavía más iniquidades que las existentes. Creemos que vale la pena asumir este riesgo, porque así se está dando satisfacción al esquema democrático que, por una parte, debe buscar privilegiar las libertades individuales, y por la otra, asumir acciones específicas dirigidas hacia los sectores sociales más vulnerables para intentar corregir las injusticias.

Los adultos mayores constituyen un mercado electoral relevante, de creciente importancia en cuanto a su fuerza electoral a medida que avanza el siglo, pero actualmente su peso como actores políticos es todavía irrelevante. Ellos poseen una realidad propia y distinta a las de otros grupos de edad. De acuerdo a su disponibilidad de tiempo libre y condición de autovalentes —que tiene el 66.7% de ellos—, si existiera la posibilidad de buenos canales de organización, los mayores podrían movilizarse en torno a demandas económicas y de servicios sociales en la búsqueda de mejorar su actual estado, lo que creemos apoyaría el proceso de cambio, tanto de la imagen que tienen de sí mismos, como de aquella que la sociedad tiene de ellos. Pero antes, los actores políticos de-

berán establecer vinculaciones con este grupo, lo que pasa por la inclusión del tema de la tercera edad en la agenda política. Si bien el Estado lo ha estado haciendo, la mayor parte de los actores políticos no lo han incorporado en sus temas de campaña, salvo algunos en elecciones municipales.

Los partidos políticos y los candidatos deberán ser capaces de convocar su interés, de interpretar sus inquietudes, y especialmente, darles confianza acerca de lo relevante que es para el país obtener su experiencia y aporte democrático. Por su parte, el Estado deberá perseverar y perfeccionar en los esfuerzos que actualmente está realizando, puesto que como ya hemos señalado repetidamente, de la satisfacción de sus necesidades básicas va a depender que los ancianos puedan o no superar su actual estado de segregación social y política. En este sentido, el gobierno chileno, con apoyo del sector privado y de los actores políticos nacionales, regionales y locales, tienen a nuestro juicio varias responsabilidades frente a los adultos mayores: primero, mantener el crecimiento económico sostenido para poder apoyar sus esfuerzos de profundización de políticas sociales, con miras a alcanzar un país más solidario; segundo, fomentar y desarrollar la creación de iniciativas de educación cívica; tercero, crear e implementar medidas especiales para obtener su expresión de voluntad política a través del sufragio y cuarto, promover la integración de otros segmentos distintos al Estado, en planes de colaboración orientados a vigorizar la participación política y social de los senescentes. Estimamos que actualmente la contribución privada o por parte de ONGs es todavía muy insignificante.

## Referencias

1. Dahl R. *La democracia: una guía para los ciudadanos*. Buenos Aires: Taurus; 1999.
2. Tomassini L. *¿Qué espera la Sociedad del Gobierno?* Santiago: Centro de Análisis de Políticas Públicas y Asociación Chilena de Ciencia Política; 1994.

3. Touraine A. *¿Podemos vivir juntos? La discusión pendiente: el destino del hombre en la aldea global*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1997.
4. Donoso A. La Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias: aspectos clínicos y familiares. En: *Vejez y Envejecimiento. Cuadernos de Extensión de la Vicerrectoría Académica y Estudiantil: Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos*, Universidad de Chile; 1996.
5. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. *Chile y los adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000*, cuadro N°1, Chile: Población según grandes grupos de edad y porcentaje, 1960, 1990, 2000 y 2020. [On Line] 1999 [citado 2001]. disponible en URL: <http://www.ine.cl>
6. Ministerio de Planificación Nacional . *Prospección y población: mapa político-electoral del siglo XX*. Santiago de Chile: MIDEPLAN; 1997. p. 14-5.
7. Ríos P. *Adulto mayor ciudadanía y organización social*. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1999.
8. Ministerio de Planificación Nacional. *Política nacional sobre envejecimiento y vejez: lineamientos básicos*. Santiago de Chile. MIDEPLAN; 1993.
9. Lolas F. *Bioética y Antropología Social*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
10. Domínguez O. *Encuesta sobre las necesidades de la población de 60 años y más*. Santiago de Chile. OPS; 1987.
11. Sabucedo JM. Rodríguez M. *Medios de comunicación de masas y conducta política*. Madrid: Biblioteca Nueva, Colección Psicología Universidad Autónoma de Madrid; 1997.
12. Ministerio de Planificación Familiar. *Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor*. Santiago de Chile: MIDEPLAN; 1995.
13. Israel R. Morales ME. *Manual de Ciencia Política*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1994.
14. Morales ME. Los desencantados de la política chilena. *Revista Política, Instituto de Ciencia Política de la Universidad de Chile* 1999; 2 : 37-8.
15. Lolas F. El aprendizaje de la ética médica mediante la formulación de políticas. Nota preliminar en: Drane J. *El cuidado del enfermo terminal*. Publicación Científica N°573. Washington DC: OPS; 1999, p. 11 a 16.





# AGING AND DYING: MEDICAL AND ETHICAL CONSIDERATIONS

James F. Drane\*

## Abstract

The idea of writing a chapter on aging seems particularly appropriate. I'm at the right age to address this topic. As I did the preparatory reading and research, I had an unusual experience. For the first time in my life, I felt like an expert. I could judge what people were saying about aging by my own experience. Besides facing aging myself, I work mainly with rural hospitals and nursing homes and hospice organizations where most of the patients are elderly. Both in my personal life and in my work, I am surrounded by the realities of aging and dying.

In a recent book entitled *Gray Dawn (1)* on the economics and politics of aging, the author, Peter Peterson used a gripping metaphor to describe the challenge of an increasing aging population. Global aging, he said, is like a massive iceberg which very well could destroy even the most powerful economic vessels in the world. The aging population worldwide, according to this author, threatens human survival and is the most important challenge we face in the 21<sup>st</sup> century. His iceberg metaphor highlights the danger of global aging and the fact the all human beings are exposed to this danger.<sup>1</sup>

**KEY WORDS:** Aging; dying; global aging; depression and aging.

---

\* Russel B. Roth Professor of Clinical Bioethics at Edinboro University of Pennsylvania (Emeritus).  
**Correspondencia:** 109 S. Skytop Drive. Edinboro 16412. Pennsylvania, USA.

<sup>1</sup> A different analogy from *Gray Dawn* was used by Laura L. Carstensen in an op. Ed piece in the N.Y. Times, Jan. 2, 2001. She wants to redesign old age so that aging can be healthy and the elderly can make positive contributions to society.

## Resumen

### Envejecer y morir: consideraciones médicas y éticas

La idea de escribir un artículo sobre el envejecimiento, parece particularmente apropiada. Estoy en la edad precisa para abordar este tema. Como realicé toda la lectura e investigación preparatoria, tengo una experiencia poco común. Por primera vez en mi vida me siento como un experto. Puedo juzgar lo que se dice sobre envejecer desde mi propia experiencia. Además de enfrentar personalmente el envejecimiento, trabajo principalmente con hospitales rurales, casas de reposo y hospicios, donde la mayoría de los pacientes son ancianos. Tanto en mi vida personal como en mi trabajo estoy rodeado por las realidades de envejecer y morir.

En una publicación reciente, titulada *Gray Dawn [Gris Amanecer] (1)*, sobre la economía y política del envejecimiento, el autor, Peter Peterson, usó una impresionante metáfora para describir el desafío de una creciente población que envejece. El envejecimiento global –dice este autor– es como un sólido iceberg que perfectamente podría destruir aun los barcos económicamente más poderosos del mundo. La población mundial que envejece, de acuerdo con Peterson, amenaza la supervivencia humana y constituye uno de los desafíos más importantes que enfrentamos en el siglo XXI. Su metáfora del iceberg destaca el peligro del envejecimiento global y el hecho que todos los seres humanos estamos expuestos a ese peligro.

**PALABRAS CLAVES:** Envejecimiento; envejecimiento global; morir; depresión y envejecimiento.

## Resumo

### Envelhecer e morrer: considerações médicas e éticas

À idéia de escrever um artigo sobre envelhecimento me parece particularmente apropriada, pois estou em idade compatível para abordar o tema. Como já realizei toda leitura e investigação preparatória, tenho uma experiência incomum. Pela primeira vez na vida sinto-me um especialista. Posso julgar o que se diz sobre envelhecer através de minha experiência própria.

Além de enfrentar pessoalmente o envelhecimento trabalho essencialmente em hospitais rurais, casas de repouso e “hospícios”, onde a maioria dos pacientes são idosos. Tanto em minha vida pessoal como em meu trabalho estou cercado pelas realidades do envelhecer e do morrer.

Em publicação recente, com o título *Gray Dawn (Amanhecer Cinzento) (1)*, sobre a economia e política envolvida no envelhecimento, o autor, Peter Peterson, usa impressionante metáfora para descrever o desafio de uma crescente população que envelhece. O envelhecimento global, diz o autor, é como um sólido iceberg que pode perfeitamente destruir as embarcações economicamente mais poderosas do mundo,.

A população mundial que envelheceu, de acordo com Peterson, ameaça a sobrevivência humana e constitui um dos desafios mais importantes que enfrentaremos no séc. XXI.

Sua metáfora do iceberg destaca o perigo do envelhecimento global e o fato de que todos os seres humanos estão expostos a esse perigo.

**PALAVRAS CHAVES:** Envelhecimento; Morrer; envelhecimento global; depressão e envelhecimento.

## Résumé

### Vieillir et mourir: des considerations d'ordre medical et ethique

L'idée d'écrire un article sur le vieillissement me semble tout à fait appropriée, car je suis justement dans l'âge précis pour aborder ce sujet. En outre, ayant lu de façon exhaustive et effectué des recherches préparatoires dans ce domaine, je dispose d'une vaste expérience sur le sujet. Pour la première fois de ma vie, je me sens un véritable expert, et je peux juger ce qui ce dit sur le vieillissement en fonction de mon expérience personnelle. Par ailleurs, je travaille principalement dans des hôpitaux ruraux, des maisons de repos et des hospices, où la plupart des patients sont des personnes âgées. Je suis entouré, aussi bien dans ma vie personnelle que professionnelle, par les réalités du vieillissement et de la mort.

Dans une publication récente, intitulée *Gray Dawn (Aurore grise) (1)*, sur l'économie et la politique du vieillissement, son auteur, Peter Peterson, a utilisé une surprenante métaphore pour décrire le défi d'une population âgée de plus en plus nombreuse. En effet, le vieillissement global – selon l'auteur -, est comme un solide iceberg qui pourrait détruire même les bateaux les plus puissants du monde. La population mondiale qui vieillit, d'après Peterson, menace la survie de l'humanité et constitue l'un des défis les plus importants du XXI siècle. Sa métaphore de l'iceberg souligne parfaitement le danger du vieillissement global, et le fait que tous les êtres humains s'y trouvent exposés.

**MOTS CLÉS:** Vieillesse; mourir; vieillissement global; dépression et vieillissement.

## The senior period today: a cultural phenomenon

The modern industrial system with its pension plans and a specified time to stop working has created and defined the new period in contemporary culture which we call retirement. As the numbers of retirees grew, older people achieved a separate social status. The elderly became seniors. Now we have a senior period, with senior people and senior moments and senior discounts and senior cruises and senior housing. A new nursing care industry has been developed for handling the worst medical problems of this population. The government has stepped in to defray some of the medical costs with Medicare and Medicaid. A whole new academic discipline (Gerontology) has developed to try to understand this period.

Spain's greatest 20<sup>th</sup> century philosopher sub-divided the senior period into *la tercera edad*, the healthy senior period, and *la cuarta edad*, the disabled or infirmed senior period. He used new concepts and categories for one and the other stage: *viejos*—the old, *senescentes*—the senescent, *ancianos*—the aged, *senectos*—the decrepit, *longevos*—the long lived, *valetudinarios*—infirmed or sick. Often, he made a distinction between knowing that one is a senior, and feeling old (2).

## Death and old age

At the fringes of every aging experience is increasing pressure from the reality of death. Many of the senior activities in American culture come over as distractions from or even denials of this reality. Death in the U.S. often is treated as a taboo topic. Sooner or later, however, death and the questions about how to die, force themselves into consideration. Aging anticipates something else, and that something else is death. Death is a part of the aging experience that cannot be ignored, no matter what the

cultural peculiarities of the newly designed period.

As people age, ignoring death becomes more and more problematic. What once may have been conveniently ignored inevitably re-enters the picture. At first it may be a vague “deadline”. The invisible referee in the game of life at some point will call “time out”. And yet, even people in the senior period, can glance at death only to look away and move to the next distraction.

## Meaning and old age

If death is not given due attention in our culture, neither is the issue of the meaning in old age. Modern industries and government programs have helped to define the senior period but they have done little to provide it with meaning. What is the meaning of life when we retire, or when we get old, or when we become decrepit, or when we get close to death? These questions do not get that much attention despite the number of retired persons who slip into depression once the meanings linked to their work and parenting are lost.

Industrialists and legislators created the senior period but in doing so they created some moral and existential problems. Industrialization linked with Protestantism created what we call the work ethic. It is an ethic in the sense of inner attitudes or dispositions. The work ethic linked the meaning in life, even eternal salvation, with an inner commitment to work. A work commitment became the essential inner disposition. It was the key to wealth in this life, and then salvation in the next.

In pre-industrial society a different ethic operated. Different inner attitudes or dispositions or background personality traits provided moral direction and meaning. The theological virtues (faith, hope and charity) gave meaning to life. The cardinal virtues (prudence, justice, fortitude and temperance)

gave moral direction. In the pre-industrial society, many good people never worked. Aristocrats didn't work. Contemplatives didn't work. But their lives had meaning and they were respected members of society.

Following industrialization and unionization of workers, working conditions and public health infrastructures gradually improved. Consequently, working people started living longer. Now we have a large segment of the population retired from work. The majority of these people, however, were formed in the work ethic. Understandably, many run into problems when they stop working and enter the senior period.

Some retired people have money and have made a transition from membership in the working class to membership in a consumer society. Shopping now gives meaning to many lives. ("I shop, therefore, I am.") It gives meaning because people become identified with the things which they buy. In our commercial culture, things give meaning. Shopping is important because "I am the things which I purchase". Some people would not be caught dead wearing or using something from a competing brand. But these commercial identities and meanings create an existential superficiality. Personalities are as passing as their purchases and their new products.

In addition, elderly persons cannot consume the way they once did. And things gradually cease to provide real identity and meaning. Even when shopping and things give meaning, the meaning is superficial and people are not happy. The new secular meaning system fails to satisfy most seniors. Extending longevity and creating pensions for seniors has not been accompanied by a culturally rich and a socially shared vision of the meaning of being old. Rather, current secular developments have created a moral and existential problem for seniors.

This situation and the challenges it creates was captured in a poem by a retired man in

Galveston, Texas. Thomas Cole, a bioethicist and medical humanist at the Institute for Medical Humanities in Galveston, Texas, organized a project to promote emotional growth among elderly people by the use of auto-biography. Mr. Bob Burdett, captured the point I am making in a short poem entitled What Now?.

### Retired

Off the treadmill.  
Out of the rat race.  
Affairs in order.  
Paper read.  
Bills paid.  
Laundry washed and folded.  
It'll only take a minute to put it away.  
Enough time for everything.  
Then some.  
Too much of a good thing.  
Too many crossword puzzles.  
Too many naps.

Errands I used to do on the way from Point A to Point B have become major events.

Is this what it's supposed to be like?  
I'm retired on insufficient data.  
Now I'm expected to live another 25 years.  
Almost 10,000 days.  
A slow death.  
Travel?  
Romantic involvement?  
Don't think so.  
Need to do something  
Productive,  
Significant,  
Meaningful,  
Gratifying.  
Like re-invent myself.  
Start all over.  
The meaning of aging in history  
Pagan cultures

The classical cultures of Greece and Rome had theories of aging which provided meaning by dividing life into specified stages from birth to death. Stages were numbered and arranged in ascending and descending order. Certain years were especially important because the organism was believed to be ordered in 7-year cycles.<sup>ii</sup> Seven was the age of reason, 14 the beginning of adolescence, 21 the beginning of maturity. Between 28 (4x7) and 49 (7x7) the adult lives and develops. After 49, the decline starts. At 7x10, life is expected to be over. Both aging and death were understood to be a part of the natural order.

The 7-year cycles correlated with inner attitudes and expected behavior. There were some differences of opinion about behavior in the final period. Aristotle thought that in old age, a person's normal failings were magnified and physical decline depressed the human spirit.

Plato urged the elderly to enjoy the time free of passion. Cicero too thought that old men were relieved of the drive for sexual pleasure. This relief in turn provided the climate for wisdom.

Greeks and Romans gave meaning to aging through their system of natural stages and through submission to the natural limits embedded in the stages. Cicero made the point that "the burden of age is lighter for those who feel respected and loved by the young." (*De Senectute*, 8, 26). Classical literature, however, is also full of ridiculous characters who behave inappropriately for their age. Old men who lust after young women were the butt of jokes. Only the old people who behaved properly for their age received respect from younger members in their communities.

---

<sup>ii</sup> In Hippocratic medical theory, the 7 year cycles were correlated with the four humors (black bile, yellow bile, phlegm and blood) and the 4 elements (fire, earth, air, water).

## Religious cultures

In religious cultures which preceded our secularized industrial age, the lives of persons who made it into old age were full of meaning. Even ordinary and pedestrian experiences had meaning, indeed they had eternal significance. The realities of this life were connected to the possibility of yet another life beyond this one. In religious culture all of life is understood as a journey. Aging means approaching the end of the journey. Death is a passage to yet another life.

Old age had a built-in respectfulness in Jewish culture. A long life was seen as a sign of God's favor (Gen 11:10-32). In Hebrew Scripture, God often chose old people for mighty deeds. The elders in Jewish culture were given prestigious community tasks which gave them respect and dignity.

The same system is reflected in Christian Scripture and later in Christian culture. The aged Simeon and Anna recognized Jesus as the anointed one when he is brought to the temple as an infant. This was fulfillment in their old age. (Luk 2:29). The elderly Nicodemus was praised for his courage in helping with the burial of Jesus (John 19:38). St. Paul in the Epistle to Titus (2:2-5) addresses the issues of meaning for the elderly and their social roles. "*Bid the older men be temperate, serious, sensible, sound in faith, in love and in patience. Bid the older women likewise to live in a way appropriate to believers...; they are to teach what is good and so train the younger women to love their husbands and children.*"

Job showed how to handle the worst losses imaginable in aging. Jesus too suffered through tough experiences of loss: first the anticipation of loss of his life in the agony in the garden ("*Lord, take this cup away from me...*" Mark 14, 36.); then, the total sense of loss on the cross ("*My God, my God, why have you forsaken me*". Mark 16,

34). Jesus and Job can help old religious persons to find meaning and to endure their losses without falling into despair. In both the Jewish and Christian cultures, old age is a time to face loss and to bring life to fulfillment. In Judeo-Christianity, it is the expectation of what follows this life that gives meaning and the courage to face losses. In light of eternal life, this life becomes a short path, along which we walk in order to mature morally and prepare for what will follow.

By contrast, in the contemporary American secular culture, the senior period is expected to be a stage of continued and unlimited development. Death is not even part of the discussion. But such denial collapses either gradually or suddenly into illness and disability. At some point the elderly are forced to face both death and absence of meaning. Consequently, aging and dying are frequently plagued with depression.

No matter what one's culture, aging always involves increasing physiological and psychological vulnerability and the increased probability of death. Aging and dying are physically and conceptually linked. As we age, we have to ask, how should we age, and then at some point how should we die. We have to ask, about the meaning of aging and dying. For us human beings, aging and dying cry out for reasons and meanings. Here the Church can and should enter with programs designed especially for older people.

### **Finding meaning in medicine**

One frequent source of meaning for contemporary persons is medicine. Doctors are for many people today what priests were for people in more religious periods. Health is equivalent to salvation. Disease and disability are hell.

Whether or not aging is a disease depends upon one's philosophy of medicine. Certainly there are biological and

psychological alterations as years go by, but not all philosophers of medicine would classify these as disease. Medical interventions can often modify these alterations. Physicians have a large arsenal of interventions for age related changes in the organism. Doctors provide meaning in old age by creating an important resource for elderly persons and by keeping their worst fears in check. Down the line, medicine promises remedies for memory problems, osteoporosis, vision loss, and the control or elimination of chronic illness associated with aging.

Doctors who appear on TV and write daily columns in the newspaper frequently talk about aging. They tell us about the molecular and cellular damage which cause aging. They tell us about the organic and environmental factors which are involved: radiation, toxins, oxygen radicals, stress hormones, modified lipids and proteins, cytokines, glucose, etc. All of the above are subject to medical interventions. Currently, a great deal of medical research is focused on cellular and genetic manipulation which has more than doubled longevity in certain worms and animals. The possibility of making spare human parts adds even greater possibilities for extending life, first in animals but ultimately in human beings.

Environmentally-caused pressures on life, certainly, can be relieved. Harmful environments can be changed for the better. Life style practices like lack of exercise and poor nutrition can be improved. People can stop smoking and lose weight. These alterations can extend life span by as much as 50% without recourse to any of the new medical interventions. Doctors and pharmaceutical firms continually endorse these recommendations.

Recent pharmacological discoveries promise to eliminate or at least to reduce the effects of life-shortening diseases. Vitamins and food additives like anti-oxidants can prevent some of the damage from products

of cellular metabolism. Effective cures joined with enhancing vitamins and food supplements can postpone aging and add many years of life. Life enhancing hormone replacements like estrogen can also make a big difference in aging for women. At the beginning of the 20th century, the average life expectancy in the U.S. was in the forties. As we begin the 21st century the average life span is in the 70's and 80's. The declines that create aging and move every human being toward death are undergoing modification by medical interventions and public health improvements. These declines tend to be more precipitous in developing countries and less so in the developed world. Physicians in first world countries have more control over infectious and parasitic diseases. Public health systems have had the greatest influence on aging statistics.

A small percentage of persons survived into old age in every culture and every historical period. What has changed in the past century is the greater number of those who become old before they die. Aging, in other words, has become the experience of an ever-expanding number of persons. Whether the increases in longevity can continue is a matter of controversy. Most experts today agree that the 30-40 year increases in longevity during the past century will not be repeated in the next, but further extension in life span is anticipated.

Persons over 85 are the fastest growing group in the U.S. population. They are 21 times more numerous than they were only 100 years ago. Persons over 65 are 8 times more numerous than at the turn of the century. There are 68 men per 100 women over 65. Early in the 20th century, it was the younger population that was saved from early death by medicine in the form of public health improvements and vaccinations. The challenge for medicine in the 21<sup>st</sup> century is to save the aging population from vascular disease and cancer. This will be more difficult and it will likely have a lesser effect

on overall life span extension.

Even with all the attention which medicine has given to aging, still the issue of meaning or lack of meaning, threatens the elderly population. Extending life span and curing disease has not solved the problem of meaning. Does it make any sense to extend life span when the added years are devoid of meaning? Is it right to spend scarce resources to extend meaningless existence? Wouldn't it be ethically preferable to design strategies for more humane dying? Try as we may to push away the link between aging and dying, it will not budge. We cannot talk about the meaning of aging without addressing the meaning of dying. And if there is no shared view of the meaning of aging and dying, then despite all the medical advances, old age and proximity of death are going to be plagued by the scourge of depression.

### **Depression and old age**

To despair or not to despair, that is the question elderly people face. Even for persons who enjoy good health and are surrounded by family, being old means being lonely. Loneliness involves a sense of a loss, and depression is failure in handling loss.

Human identity is a construct, and the building blocks of this construct are social roles and relationships. A loss of either can shake one's identity and create the conditions for depression. If my family is gone and I have no social role, who am I?

Loneliness is more likely to cause depression when compounded by dependency. It is even more likely to cause depression if poverty is added; or the loss of one's home and the necessity of living in someone else's space.

Loss is everywhere in the last stage of life. For the infirm elderly, old age means physical loss; sight, hearing, mobility, continence. The last loss is the most embarrassing. The next to last means that someone else has to go to the store and has

to take care of everyday needs. Sight and hearing loss close the old person in on him or herself. All these physical losses are tough to manage.

Old age means mental loss as well: especially reasoning ability, and remembering. It means not to be able to find your glasses or to keep things in order. It may even mean the loss of security and independence. Who wouldn't be depressed under such conditions?

If there is any doubt about the pervasiveness of loss and depression in old age, listen to some of the lines spoken by elderly characters in Shakespeare's plays:

I shall despair. There is no creature loves me,

And if I die no soul will pity me

And wherefore should they, since that I myself

Find no pity to myself.

*-Richard III, V, iii, 200-203*

Here I stand your slave

*A poor, infirm, weak and despised old man.*

*-King Lear, III iv, 19*

A poor old man,

As full of grief as age.

*-King Lear, II iv, 271.*

I have lived long enough. My way of life  
Is fallen into the sear, the yellow leaf,

And that which should accompany old age,

As honor, love, obedience, troops of friends,

I must not look to have.

*-Macbeth, V iii, 22*

Grief makes one hour ten

*-Richard II, I, iii, 260*

Even if the connection between old age, loss and depression is not a recent or a new phenomenon, the question today is, how do we help the growing population of elderly to maintain meaning and hope? In the U.S. secular culture today, we try to keep them distracted. We take them on trips. We teach them how to play cards. We start exercise classes and dance classes. We take shopping and buying tours. Rarely do we honestly confront the experiences of loss. Rarely do we try to make sense of these experiences. Rarely is depression in the elderly either accurately diagnosed or adequately treated. Focus is concentrated on the external aspects of life. The internal or existential or psychiatric aspects are not addressed. This is certainly one of the ethical problems associated with aging.

### **An ethics of aging**

Any ethics of aging and dying must address the problems of loss and depression. Ethics must grapple with the issue of meaning in the aging experience (an existential ethics). A humane ethics must be grounded on Nature and must establish limits based on the structure of human reality. Then humane ethics must provide a response to the many social changes brought about by the big increases in the aging population. (social ethics).

The elderly 12% of population consume 33% of medical expenditures. Increases in the number of older people inevitably involves increases in medical costs. Pressure is already being felt to shift spending away from the elderly toward younger people who have to bear most of the health care costs. Increases in the number of elderly persons place health care burdens on younger people. More and more frequently, younger family members express resentment over the sacrifices which they are expected to make to care for elderly and needy parents and grandparents. A reasonable ethics has to address this issue.



Ethical questions are being raised about the limits of associative or relational obligations. And questions are being raised about whether resentful younger family members can act as surrogate decision makers for elderly members. Serious consideration is now being given to rationing certain life-saving medical interventions based on age: e.g. no renal transplants or open-heart surgery after a certain age (3,4,5). Other bioethicists, besides Daniel Callahan, who have addressed this issue include Norman Daniels, Richard Lemm, and Samuel Preston.

The elderly population also has its advocates and lobbyists and they have different ethical concerns. Besides attention to mental and emotional problems among the elderly, they insist that increased attention be paid to traditionally-ignored medical problems. People over 65 years old are finally being included in research trials which address their most prevalent conditions (e.g. heart disease, cancer, diabetes, hypertension). It was wrong to exclude this population from trials of medications which may improve their condition.

The expanding population in *la cuarta edad* –the disabled elderly–, translates into an expanding population of disabled persons who need some form of long term care: day care, in home services, convalescent home care, intermediate and skilled nursing home care. Seventy per cent of persons over 85 need some kind of help in order to live from day to day. And this help can be very expensive. It can quickly exhaust an elderly persons' savings. As family size goes down in developed nations, more and more pressure is created on fewer and fewer younger, (usually female), family members. This is a major ethical concern.

Outside help for infirm elderly is commonly provided by informal caregivers. But this kind of help is in short supply in government programs. For most elderly people who need care, family and friends

have to provide the help. Government programs for the elderly tend to be for acute care rather than long term care. They cover a broken hip, but not the inability to feed oneself.

An infirm elderly person may need expensive drugs, a prothesis, some structural changes in their homes or apartments, a rehabilitation program, meals, shopping assistance, etc. Human beings need help of some sort at every period of life, from birth to death. The very well off elderly can avail themselves of expensive assisted-living arrangements but most elderly need some form of social or government program. Otherwise, they have to depend on the charity of family and friends. But what kind of program, for whom, at what cost? These are the critical, factual elements in any decent social ethics for the elderly.

Some elderly people live for many years with chronic problems and needing chronic care. Others live relatively healthy lives until some acute incident throws them into need: a stroke, a fall, a heart attack, a cancer, the death of a spouse. Suddenly, functional abilities decline and help from other persons is needed. If the other persons are not family members or friends, they are likely to be non-professionals, poorly paid, and unreliable because they themselves are needy. This is a problem.

A more humane bioethics of aging being suggested by the above considerations takes the form of agreed-upon public policies which address the most pressing needs of the infirm elderly. If care is provided by non-professional outside sources, these should be licensed, and the help they provide should be monitored. If family or friends provide care, the limits of what these persons can provide should be stipulated. Family and friends should not be overwhelmed by the care giving. Policies should not deny support to family care givers. Finally, professional care givers supported by public policies should maintain communication with family

caregivers and help them when necessary. The ideal goals of a social ethics are easier to identify than the concrete policies required to fulfil the goals.

### **Conclusion: the ethical challenge**

The specific aid and support which is ethically required for the infirm elderly is not clear. Socio-political movements to establish long-term care, if they exist, have not yet reached extensive public recognition. Specific, practical, affordable and democratically-acceptable policies have not yet been developed which articulate precisely what help humane communities should provide for needy old person. Standards for determining need in other areas of life may not apply to the situations of elderly people.

Abstract ethical principles like equity and concepts like the common good obviously are important but these abstract ethical standards do not by themselves show what practical concrete policies are appropriate. Sound, effective, affordable, concrete policies for long term care are more of a challenge than easily identifiable ethical abstractions. Good policies meet real needs with basic benefits.

The exact content of basic rights of elderly people is not yet clear. The right to health care is a credible concept but like the concepts of equity and common good, it is still an abstraction. Its application to broad groups of persons requires the involvement of social sciences, medical sciences, economic sciences, organizations like the World Health Organization. Even after issues of macroallocation of resources for needy elderly have been settled, still the basic rights concept requires practical application in the sense of microallocation, i.e. which particular needs of individual elderly persons can be met. The frail elderly as we have seen have both physical and mental needs. It makes sense to start with the basic Natural

law perspective, and move from there to a right to health care for the elderly concept as the foundations of a humane bioethics. The remaining challenge is to apply these concepts to concrete individual situations. Developing a balanced and workable ethics of aging is a task which has hardly begun.

Finally, we cannot continue to ignore the existential ethical problems in aging. We cannot forget the issue of meaning in the senior period. If shopping will not do, what kinds of roles and responsibilities for aging people can communities agree upon and then implement? A reasonable ethics of aging has to address the superficiality, artificiality and hollowness of the aging experience in contemporary secular culture. If religious meaning is gone, some kind of meaning system has to be invented to take its place.

One project that might generate cooperation between conservative and liberal Catholics would attempt to restore religious meaning to ever-increasing numbers of aging people who have lost their faith. Liberal and conservative perspectives might both have a place in such a project. Instead of competing with one another or continuing to argue about doctrinal and ethical issues, liberals and conservatives could come together on the project for those who are aging and dying.

### **References**

1. Peterson PG. *Gray Dawn: how the coming age wave will transform America and the world*. New York: Random House; 2000.
2. Aranguren J. *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1992.
3. Callahan D. *Setting limits*. New York: Simon and Schuster; 1987.
4. Callahan D. *Troubled dream of life*. New York: Simon and Schuster; 1993.
5. Callahan D. *False Hopes*. New York: Simon and Schuster; 1998.

# EL VIEJO EN LA HISTORIA

Carlos Trejo Maturana\*

## Resumen

Se hace una breve revisión histórica del papel del hombre viejo durante diferentes períodos de la historia en el mundo occidental.

El momento de gloria de los viejos se vivió en las épocas más primitivas, cuando existía una cultura ágrafa. Luego de esos remotos tiempos, su consideración social sufrió diversas vicisitudes. Durante la mayor parte tuvo más bien un rol desmedrado, aunque hay que distinguir entre el viejo como persona individual—cuyo aprecio está en relación a su poder económico o su prestigio—, al del viejo como estamento social.

Transitar por las diversas épocas nos ayuda a comprender la situación de los ancianos en el presente. Condición necesaria para dar respuesta, hoy día, al gran desafío que constituye este grupo etario de rápido crecimiento demográfico.

**PALABRAS CLAVE:** Viejo; anciano; adulto mayor; propecto; Historia.

## Abstract

### The old person in history

A brief historical review of the role of the elderly over different periods in Western history is made.

The esteem of the elderly had its highest point during primitive epochs when an illiterate culture prevailed. After those remote times their social valuation suffered diverse vicissitudes. Most of the time older people were devaluated, although it is necessary to make a distinction between the aged as an individual—whose value relates to his economical power or prestige— and the aged as a social group.

Going along the different historical epochs helps us to understand current situation of the elderly. This is a necessary condition for giving an answer to the great challenge this age group of ever increasing demographic growth poses.

**KEY WORDS:** Old person; aged; older people; elderly; History

---

\* Médico Internista Jefe Unidad de Gestión Clínica del Adulto. Hospital Padre Hurtado.

Correspondencia: [ctrejo@directo.cl](mailto:ctrejo@directo.cl)

## Resumo

### O velho na história da humanidade

O presente artigo faz uma breve revisão do papel do ancião em diferentes períodos da história do mundo ocidental.

O momento de maior importância dos velhos ocorreu nas sociedades primitivas quando prevalecia a cultura ágrafa. Passado estes tempos remotos a consideração social do idoso sofreu diversos percalços. Em grande parte da história é desvalorizado, embora seja necessário reconhecer que o velho como indivíduo dotado de poder econômico e prestígio será acolhido.

Percorrer as diferentes etapas da história nos ajuda a compreender a situação dos anciãos no presente. Condição essa necessária para oferecer respostas ao grande desafio atual desse enorme contingente de pessoas em acelerado processo de crescimento demográfico.

**PALAVRAS CHAVES:** Velho; ancião; senil; provecto; História.

## Résumé

### Le rôle des vieux dans l'histoire

L'article décrit de façon succincte le rôle des personnes âgées, des «vieux» au cours de l'histoire, dans le monde occidental.

Ils ont connu leur moment de gloire au cours des périodes primitives, quand la culture reposait uniquement sur les traditions orales. Par la suite, la reconnaissance sociale de ce groupe d'âge au sein de la société a connu certaines vicissitudes. Leur rôle s'est généralement détérioré. Il est toutefois important de distinguer la notion de « vieux » comme personne, respecté en fonction de son pouvoir économique ou de son prestige, de celle d'« homme âgé » comme membre d'un groupe social.

Passer en revue les différentes époques nous aide à mieux comprendre la situation actuelle des « vieux », condition sine qua non pour répondre aujourd'hui au grand défi que constitue ce groupe d'âges à forte croissance démographique.

**MOTS CLÉS:** Vieillard; homme âgé; vieux; sénescence; troisième âge; Histoire.

Nos cuenta el profesor Ribera Casado que los sinónimos de la palabra viejo son 22 y para el vocablo anciano, 33 (1). Quizás son más y la mayor parte de ellos son utilizados como insultos o expresiones peyorativas. Nadie en el día de hoy puede negar la importancia de la palabra en la personalización del hombre (2) y la relevancia adquirida en la Filosofía contemporánea (3,4,5). En particular, en nuestra sociedad actual dominada por los medios de comunicación.

Cuando una palabra, en este caso «viejo», posee tan variados sinónimos significa que el objeto es proteico, algo inasible o de larga historia. Una vía de aproximación es mediante el análisis lingüístico. Otra, a través de sus manifestaciones biológicas, culturales, sociales o históricas. Escogemos esta última, por cuanto las expresiones biológicas del envejecimiento son más estables y accesibles a precisiones, pero no nos permiten acercarnos a la persona del anciano en su circunstancia.

Cada vez que me refiero a los ancianos no resisto la tentación de citar el texto más antiguo conocido de un viejo autoanalizándose. Se trata de un escriba egipcio, Ptah-Hotep, visir del faraón Tzezi de la dinastía V, por tanto redactado hacia el año 2450 A.C. Dice: “*¡Qué penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina, su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer. Todos los huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonaba no hace mucho con placer, sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre*”(6).

Siempre que leo este íntimo dolor humano desde el ocaso de la vida, quedo asom-

brado de la profunda comunicación que se establece, a través de milenios, ante el sufrimiento y la identificación establecida entre seres tan distantes en el tiempo y tan próximos a la vez. Puede concluirse que los viejos han sido semejantes desde las épocas más lejanas. Su circunstancia ha cambiado y también la consideración hacia ellos. Su estimativa está en directa relación al horizonte cultural. De lo anterior deriva el interés del análisis histórico para entender un poco la situación del anciano en la sociedad occidental contemporánea. La evaluación ética se verá facilitada luego de este recorrido. En todo caso, esa no será el motivo de esta comunicación.

### **El período de gloria para los ancianos: las culturas primitivas**

Los ancianos prehistóricos no dejaron, por supuesto, registro de sus actividades o pensamientos. Sin embargo, podemos imaginar con cierta seguridad cuál fue su condición al comprobar que todas las culturas ágrafas que conocemos tienen una consideración parecida hacia sus senectos. Su longevidad es motivo de orgullo para el clan, por cuanto eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados. Muchos de ellos se constituían en verdaderos intermediarios entre el presente y el más allá. No es de extrañar que los brujos y chamanes fuesen hombres mayores. Ejercían también labores de sanación, de jueces y de educadores. En aquellas sociedades, y ajeno a su edad, no era infrecuente que denominaren “ancianos” a quienes ejercían labores importantes. Aunque tampoco es raro que tuvieran un mismo vocablo para joven y bello, para viejo y feo.

En otras palabras la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad.

En las sociedades antiguas, alcanzar edades avanzadas significaba un privilegio, una

hazaña que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses, por tanto, la longevidad equivalía a una recompensa divina dispensada a los justos.

### Los viejos en el mundo griego

La Grecia antigua realizó el vínculo entre las civilizaciones de la ancestral Asia y la Europa salvaje. Cuna de la civilización occidental, nos dio en herencia nuestra concepción del mundo. Las inquietudes básicas y los esbozos de sus soluciones las encontramos en las variadas expresiones culturales de esas ciudades-estados, las *polis*. Alcanzaron un nivel de civilización increíble, al menos del siglo VII antes de Jesucristo en adelante, donde se comienza a correr el velo y se inicia su gran historia. Y a pesar de no haber logrado una comunidad de nación, sólo la dispersión de *Polis*, tuvieron en común la lengua. El espíritu de la *polis* y la lengua compartida hicieron el milagro de la civilización griega. Como dice Emilio Lledó: “El hablar que fundará la vida ‘racional’ habría de convertirse en sustento de la *Polis*, de la ‘Política’, del primer proyecto importante de compensar inicialmente, con el lenguaje, el egoísmo del individuo, la excluyente anatomía del linaje o la tribu”(7).

Desde que el lenguaje se hizo escrito comprobamos el hermoso poder de la misma en la narrativa de Homero. Allí se puede advertir el horizonte cultural de la excelencia (*areté*), una exaltación al heroísmo y a la plenitud. Su héroes son semidioses, superlativos (*aristos*).

El giro del mito al logos, la percepción naturalista, su sentido de perfección emplazan al viejo a una situación desmedrada. Tampoco los dioses olímpicos amaron a los ancianos. Para esos griegos adoradores de la belleza, la vejez, con su deterioro inevitable, no podía menos que significar una ofensa al espíritu, motivo de mofa en sus comedias.

Las numerosas leyes atenienses que insisten en el respeto a los padres ancianos nos hacen suponer que no eran muy acatadas. La vejez fue considerada en sí misma una tara. Platón relaciona la vejez feliz a la virtud, cuando dicen en *La República* “*Pero aquel que nada tiene que reprocharse abriga siempre una dulce esperanza, bienhechora, nodriza de la vejez.*” Cita el poema de Píndaro, del hombre de vida piadosa y justa (8).

“Dulce acariciándole el corazón  
como nodriza de la vejez,  
la esperanza le acompaña,  
la esperanza que rige, soberana,  
la mente insegura de los mortales”

La historia de las instituciones parece mostrar que a partir del siglo VIII A.C. la autoridad paterna fue declinando, favoreciendo la independencia jurídica de los hijos.

Si nos detenemos en la literatura griega, la posición de los ancianos debemos considerarla como muy desmedrada. Minois resume así: “*Vejez maldita y patética de las tragedias, vejez ridícula y repulsiva de las comedias; vejez contradictoria y ambigua de los filósofos. Estos últimos han reflexionado con frecuencia sobre el misterio del envejecimiento*” (6).

El reverso lo constituye el hecho que es en Grecia donde por primera vez se crean instituciones de caridad preocupadas del cuidado de los ancianos necesitados. Vitruvio relata sobre “*la casa de Cresos, destinada por los sardianos a los habitantes de la ciudad que, por su edad avanzada, han adquirido el privilegio de vivir en paz en una comunidad de ancianos a los que llaman Gerusia*” (9).

La excepción, en muchos sentidos, fue Esparta –cuyo nombre significa “la esparcida” por ser el resultado de la unión, a la fuerza realizada por los dorios, de cinco poblados–, la cual nunca fue amurallada, pues su geografía, rodeada de montañas casi impenetra-

bles, lo permitió. Licurgo, personaje entre mítico y real –no existen pruebas de su existencia–, formuló sus famosas leyes (algunos sostienen que nunca fueron escritas), tremendamente severas, que exigían gran disciplina y sacrificios. Se puede resumir que los espartanos despreciaban lo cómodo y lo agradable. El régimen espartano tenía un senado (*Gerusia*) compuesto por veintiocho miembros, todos de más de sesenta años. Cuando alguno moría, los candidatos a sucederlo desfilaban en fila india por la sala. El que recibía más aplausos quedaba elegido (10).

Atenas fue diferente; los ancianos fueron perdiendo poder desde la época arcaica. En tiempos de Homero, el consejo de los ancianos sólo era un órgano consultivo. Las decisiones las tomaban los jóvenes. En el período de Solón, *eupatrida* o bien nacido (patricio), era quien tenía el monopolio del mando. Dicho poder se concentraba en el Areópago, institución aristocrática de personajes inamovibles e irresponsables. Todos ellos ancianos arcontes. Tenían amplios poderes parecidos a los de la *Gerusia* espartana.

La llegada al poder de los demócratas significó la ruina del Areópago, que perdió sus facultades políticas y judiciales, quedándole sólo las honoríficas. Los ancianos no volvieron a tener un papel importante. Atenas, en general, permaneció fiel a la juventud.

Durante el período helenístico los viejos robustos y ambiciosos tuvieron más oportunidades que en la Grecia clásica. Fue una sociedad más abierta y cosmopolita, menos prejuiciosa respecto a la raza o la edad.

### **El mundo hebreo: del patriarca al anciano caduco**

La otra gran fuente cultural de nuestra civilización occidental proviene de la tradición hebreo-cristiana.

Sin lugar a dudas, el mejor hontanar para descubrir la historia de este pueblo semita la

encontramos en las cuarenta y cinco obras del Antiguo Testamento, que abarcan un lapso de aproximadamente un milenio de acontecimientos. El relato de sus avatares desde el siglo IX al I A.C. nos permite comprender sus luchas y fatigas para mantenerse como un pueblo teo y etnocéntrico; vivir la dura realidad de sentirse el pueblo elegido de Dios.

Al igual que otros pueblos o tribus, en sus épocas más pretéritas, los ancianos ocuparon un lugar privilegiado. Los hebreos no fueron la excepción. En su período de nomadismo cumplieron una función importante en la conducción de su pueblo (Ex 3:16). Se describe que Moisés tomaba las decisiones sólo con la consulta directa de Dios quien le dice: “*Ve, reúne a los ancianos de Israel y diles*”. Del mismo modo, *Yahvé* le ordena “*Vete delante del pueblo y lleva contigo a ancianos de Israel*” (Ex 17:5).

En el Libro de los Números encontramos la descripción de la creación del Consejo de Ancianos como una iniciativa Divina: “*Entonces dijo Yahvé a Moisés: Elígeme a setenta varones de los que tú sabes que son ancianos del pueblo y de sus principales, y tráelos a la puerta del tabernáculo... para que te ayuden a llevar la carga y no la lleves tú solo*” (Nm 11:16 y 17).

Los ancianos están, entonces, investidos de una misión sagrada, portadores de un espíritu divino. En cada ciudad el Consejo de Ancianos es todopoderoso y sus poderes religiosos y judiciales son incontrarrestables.

En el período de los jueces se mantiene la autoridad de los ancianos. Pero, al institucionalizarse el poder político de la monarquía, el Consejo de Ancianos igualmente institucionaliza su papel de consejeros. Conservan un ascendiente determinante.

Sólo después del año 935 A.C. comienza la discrepancia con el Consejo de Ancianos. Durante el período de los reyes los sobera-

nos respetaban escrupulosamente las atribuciones de los ancianos y hay múltiples referencias de la armonía entre el soberano y el Consejo. (Is 15:20; Is 30:26; 2Sam 3:17; 2Sam 5: 3, etc.)

Sin embargo, a la muerte de Salomón, tras cuarenta años de reinado, lo sucedió su hijo Roboam, el cual mantiene una actitud diferente a su antecesor y desecha la opinión de los ancianos, como se lee en el Libro Primero de Reyes (IRey 12:6-8). La imagen de los viejos comienza a deteriorarse. El temor a la vejez ya lo podemos comprobar al leer el Salmo 71: “*No me rechaces al tiempo de la vejez; cuando me faltan las fuerzas, no me abandones*”.

El exilio es una de las experiencias más traumáticas y el pueblo Israelita ha sabido bien de ellas. Nunca deja de ser un hito histórico cuando un hecho semejante ocurre y su huella es indeleble. La derrota militar el año 586 A.C. y la conquista de Jerusalén por los babilonios significó el término de 600 años de reinado davídico. Nunca más, excepto los 80 años de gobierno asmoneo (120-60 A.C.), los judíos conocieron una independencia política hasta nuestros días (1948) (11).

La derrota significó la revitalización de la religión. Estos vencidos llevaron al exilio su ley religiosa, sus códigos morales, costumbres, rituales de purificación y oración. Ellos atribuyeron sus desgracias a la infidelidad a las leyes mosaicas y sus infortunios debidos a la mano punitiva de Yahvé, para corregir a su pueblo. El exilio contribuyó a mejorar la posición del anciano al cual se representaba como una imagen de fidelidad divina. Lograron casi el prestigio de los tiempos patriarcales, o incluso, de la monarquía. Pero ya se comprueba que el vocablo “*Zenequim*” no sólo alude a los ancianos, sino también a varones maduros que intervienen en la vida pública. Esta misma noción se mantiene en la organización de la sinagoga, presidida por un colegio de ancia-

nos que forman también parte del “*Sanedrín*”, compuesto por 71 miembros representantes de la aristocracia laica (ancianos), intérpretes de la ley (escribas) y de las grandes familias sacerdotales.

El genio militar del rey persa Ciro terminó con 47 años de dominio babilónico (586-539 A.C.). Luego de la derrota de los babilónicos en la batalla de Opis, Ciro ordenó el retorno a Israel de todos los judíos de Mesopotamia. Y, lo más sorprendente, insistió en la reconstrucción del Templo, para lo que prometió fondos y acordó devolver los objetos de culto de oro y plata saqueados por los soldados de Nabucodonosor. Un número escaso de judíos retornó a su tierra; después de tantos años la mayoría se había acomodado en esas tierras extrañas. Los que volvieron bajo las órdenes de Zorobabel, nieto de Joaquín, el rey cautivo, tuvieron muchos desengaños.

Después del siglo V los ancianos van perdiendo influencia política. Qohelet (290-280 A.C.) lo testimonia: “*más vale mozo pobre y sabio que rey viejo y necio, que no sabe ya consultar*”.

Se puede concluir que el anciano en el mundo hebreo ocupó un lugar relativamente importante basado en la dignidad que se le otorgaba en la *Torá*.

## **El mundo romano: auge y decadencia**

Otra fuente importantísima de nuestra civilización occidental proviene de la cultura romana. Resulta pretencioso resumir en breves líneas ese mundo heterogéneo de larga duración histórica e intentar comprender el puesto que fue ocupado en ese ámbito por los ancianos. Pretendemos, eso sí, entregar un bosquejo que permita delinear los rasgos principales sobre la inserción social de este grupo etario.

El imperio romano en su esplendor significó un acontecimiento primigenio en la



historia. Su extensa diversidad no ha tenido comparación hasta los Estados Unidos actuales. Lo define su cosmopolitarismo. Para lograr aquella proeza se necesitaban ciertas características del espíritu y actitud de los romanos. Su tolerancia, su ductilidad, su sentido práctico los hizo responder a las circunstancias, de tal manera que sin proponérselo, construyeron un imperio. Su mismo espíritu práctico derivó en realizar excelentes rutas que facilitaban la comunicación y establecieron leyes que hasta hoy son motivo de inspiración. Al anciano se le dedicó mucha atención y se plantearon los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos.

El notable nivel alcanzado por el Derecho contribuyó a preocuparse por la duración de la vida humana. La *Tabla de Ulpiano* tenía por objeto evaluar la importancia de las rentas vitalicias asignadas por legados según la edad del beneficiario. De esta tabla, basada en observaciones empíricas, podemos hacernos una idea verosímil de la esperanza de vida de los romanos para cada edad. Domicio Ulpiano (170 – 228 D.C.) elaboró una regla para el cálculo de las pensiones alimentarias. De estos cálculos, de las inscripciones funerarias y de otras fuentes se puede sostener con bastante seguridad que el peso demográfico de los ancianos era mayor que en el mundo griego. Asimismo, se establece que existía un mayor número de ancianos varones que de ancianas, situación inversa a la actual. La causa, con toda seguridad, se debía a las muertes maternas post parto. Casi duplicaban los viudos sobre los sesenta años de edad. Las consecuencias de este perfil demográfico se manifestó en matrimonios frecuentes de viejos con muchachitas. Se explica también la explotación de la literatura de estas parejas disparejas y la poca figuración de los personajes femeninos.

El mundo romano evidenció un envejecimiento a partir del siglo II, en particular

en Italia.

El Derecho Romano tipificaba la figura jurídica del “*pater familia*” que concedía a los ancianos un poder tal que catalogaríamos de tiránico. La familia tenía un carácter extendido, pues los lazos jurídicos eran más que los naturales. La patria potestad regía no sólo a causa del nacimiento del mismo padre, sino incluso por adopción o matrimonio. El parentesco se originaba y transmitía por vía masculina. El “*pater familia*” concentraba todo el poder y no daba cuentas de su proceder. Era vitalicio y su autoridad ilimitada, podía incluso disponer de la vida de un integrante de su familia.

Esta autoridad desorbitada del “*pater familia*” produjo consecuencias predecibles durante la República. Un sistema semejante va aumentando su dominio a medida que pasan los años, al igual que incrementa el número de componentes de la comunidad familiar. La concentración del poder establece una relación intergeneracional tan asimétrica que genera conflictos y concluye en verdadero odio a los viejos. La “*mater familia*” jugaba un papel secundario pero, en general, gozaba de la simpatía y connivencia de la prole. Logra así una influencia en el tirano doméstico. La mujer vieja sola fue brutalmente desdeñada.

La época de oro para los ancianos fue la República. A partir del siglo I antes de nuestra era, se produce un período inestable y los valores tradicionales cambian. Augusto, el sobrino y heredero de César, tras cruenta lucha por el poder, inaugura un nuevo período, floreciente para las artes y la economía, aunque también, comienza la declinación del poder del Senado y los ancianos, el cual se mantuvo menguado durante todo el Imperio. Muchos viejos, a título personal, obtuvieron cargos importantes, pero no ocurría como durante la República, donde se confiaba en los hombres mayores para dirigir los destinos políticos.

Al perder el poder familiar y político y luego de haber concentrado la riqueza, la au-

toridad y la impopularidad, los ancianos cayeron en el desprecio y sufrieron los rigores de la vejez.

Sin embargo, los romanos habían construido un mundo desprejuiciado y tolerante, donde se luchaba por el poder, pero no se segregaba por raza, religión o ideología. Se admiraba lo admirable y mantuvieron la dignidad de los ancianos; criticaron a los individuos, no así a un período de la vida.

El Cristianismo naciente vivía sus dificultades por sobrevivir en un ambiente difícil y urgidos por evangelizar. Los ancianos no fueron tópicos de interés para los escritores de la Iglesia bisoña que fácilmente adoptó el espíritu griego que, como hemos visto, pretendía la excelencia, la virtud, la perfección y la belleza. Estos son los atributos más próximos a la juventud. Más aún: en los primeros tiempos se estimulaba a los jóvenes –deseosos del encuentro de lo nuevo, de lo diferente o simplemente de sentido de vida, que se convertían al cristianismo– a desobedecer y abandonar a sus padres. También se adopta la imagen del anciano como símbolo de pecado. En general, los primeros autores cristianos fueron duros con los viejos. La gran excepción fue San Gregorio Magno. Las reglas monásticas tampoco les concedieron privilegios, pues concebían la idea que la vejez verdadera era la sabiduría. Se continuó la tradición en la Iglesia naciente con la institución de los “*presbyteros*”, que mediante la imposición de las manos colaboran con los apóstoles en la evangelización y eran responsables de la vida eclesial de la comunidad. La iglesia desde sus inicios se preocupaba de los desheredados y pobres, entre los cuales, los ancianos abundaban. A partir del siglo III los hospitales cristianos empezaron a ocuparse de ellos.

### **Edad Media: tiempo de contrastes**

Desde el siglo IV el cristianismo se va fortaleciendo al interior del Imperio Romano. Al mismo tiempo, la amenaza de los

bárbaros se torna más real hacia un Imperio martirizado por guerras civiles o emperadores endurecidos. A partir de Constantino, la mayor parte de los emperadores se confiesan cristianos. Teodosio impuso la religión cristiana, pero en la vida cotidiana no se olvidan fácilmente el culto y las maneras paganas, en particular, en las zonas rurales.

Después de la caída de Occidente y el asentamiento de los bárbaros, los cristianos son borrados de los despojos del Imperio Romano. Sin embargo, los nuevos residentes adoptan rápidamente la fe católica, aunque conservan costumbres bárbaras.

La denominada “Edad Oscura” o “Alta Edad Media”, del siglo V al X, es la época de la brutalidad y del predominio de la fuerza. En semejante ámbito cultural, no es difícil imaginar el destino de los débiles, lugar que les corresponde a los viejos. Para la Iglesia no constituyen un grupo específico, sino están en el conjunto de los desvalidos. Serán acogidos temporalmente en los hospitales y monasterios, para luego reencontrarse con la persistente realidad de sus miserias. Por fortuna, los cristianos no continuaron con la institución del “*pater familia*”. Los misioneros clamaban a la conversión y su audiencia –mayoritariamente de jóvenes y de mujeres– debía luchar contra lo establecido o sumergirse en la “clandestinidad”.

Su nueva convicción les hacía revelarse frente a los incrédulos, donde frecuentemente estaban sus viejos padres. El respeto a la obediencia de sus progenitores se impuso cuando la sociedad europea estuvo cristianizada en su mayoría. Hoy casi no podemos imaginar que desde el siglo VI la Iglesia será la principal, casi la única, institución de unión de una adolescente Europa Occidental, emergente de los escombros del Imperio. Época de contrastes y confusión, de yuxtaposición de costumbres bárbaras y romanas. Primó la ley del más fuerte, por tanto, los ancianos estaban desfavorecidos. Sin embargo, ese ambiente supersticioso, morigeró la rudeza y los débiles, a pesar de todo, no la pasaron

peor que en otros períodos desfavorables. Ellos estaban sujetos a la solidaridad familiar para la subsistencia.

La Iglesia no tuvo una consideración especial por los viejos. Ejemplo de ello lo podemos colegir al estudiar las reglas monásticas. La más influyente, la de San Benito, considera el trato hacia los ancianos equivalente al de los niños. La “*Regla del Maestro*”, conjunto de reglas monásticas del siglo IX, desplaza a los ancianos a labores de portero o pequeños trabajos manuales (12).

Los pobres, en todos los tiempos, sufren sin distinción de edades. Para los ricos nace en el siglo VI otra alternativa.

Entre los ancianos acomodados surge la preocupación de un retiro tranquilo y seguro. La inquietud creada por la Iglesia, de la salvación eterna, el temor al *Dies irae*, el naciente individualismo y, por consiguiente, este asunto personal con Dios, les permite pensar que la tranquilidad eterna se gana. Y, en esa lógica, buena solución es cobijarse en un monasterio. Así, también se evita el bochorno de la decadencia. Este retiro voluntario de preparación para la vida eterna podemos ahora visualizarlo como un proto asilo de ancianos. En los primeros tiempos, sólo fue para unos pocos privilegiados, pero en el siglo VII y, sobre todo, en la época carolingia, esta costumbre llega a ser reglamentada en los monasterios que con este sistema obtienen un buen beneficio económico.

Tal como establece Georges Duby, el cristianismo traspasó todos los ámbitos en el medioevo, se vivió desde la religión. El cristianismo es una religión de la Historia, y se escribió historia, especialmente en los monasterios (13). Debido a ello se sabe mucho, por ejemplo, de los siglos XI y XIII europeos. La sociedad era gregaria y la solidaridad entre los pobres –casi todos– hacía posible una existencia torva. Alrededor del año 1000, la Iglesia impuso a la población rural y luego a la aristocracia, la monogamia y la

exogamia (no casarse con una prima), lo cual se tradujo en una familia estable y, por ende, más protectora de los ancianos.

Los siglos XI al XIII tuvieron un florecimiento económico y estabilidad social. Nunca Europa estuvo más unida. A partir del siglo XIII, debido al desarrollo material, se fortalecieron los Estados y se multiplicaron las guerras. Los ancianos tuvieron una nueva oportunidad en el mundo de los negocios. Su actividad dependía sólo de su capacidad física, no siendo, en general, segregados por su condición etaria.

La catástrofe provino de Génova en 1348. La peste negra mató a un tercio de la población de Europa en tres años. Semejante hecatombe originó consecuencias de todo orden: políticas, económicas, demográficas, culturales. Las epidemias se sucedieron intermitentemente durante un siglo, manteniendo un nivel de inestabilidad social de todo tipo. Contraste violento entre la crueldad y una religiosidad rígida y fanática. La hoguera “depuradora” se extiende abrasadora.

Las pulgas, portadoras de la *Yersinia pestis*, fueron caritativas con los viejos. La peste mató preferentemente a niños y jóvenes. Más tarde, en el siglo XV, sucedió lo mismo con la viruela. Dicho de otra manera, se produjo un fuerte incremento de ancianos entre 1350 y 1450. La desintegración parcial de la familia provocada por la peste se tradujo en un reagrupamiento –familias extendidas– lo cual permitió la supervivencia de los desposeídos. Los ancianos, en ocasiones, se convirtieron en patriarcas. Su mantenimiento les quedó frecuentemente asegurado. La vinculación entre las generaciones se vio facilitada. Aunque de nuevo, durante el siglo XV, se presentó el problema de la escasez de mujeres casaderas y la gran diferencia de edad entre cónyuges y las respectivas secuelas sociales de aquello.

En resumen, la peste favoreció a los viejos que ganaron posición social, política y económica.

## El Renacimiento o el combate contra los viejos

La sofocante presencia de la religión durante la Edad Media hace crisis. Durante el siglo XV las gentes se fueron entusiasmando con el descubrimiento de las bellezas escondidas del mundo romano que yacía sepultado. El hallazgo de cualquier manuscrito excitaba la imaginación y la admiración. Los humanistas ocuparon un lugar de respeto. El ataque de los turcos sobre Europa favoreció el estudio de filósofos y autores preteritos. Europa occidental fue bastante indiferente de la suerte de los bizantinos. Les atraían los griegos antiguos, cultivadores de la belleza, juventud y perfección. Se renovaba el horizonte cultural.

Minois nos dice que todos los poetas del siglo XVI entonaban este estribillo (6).

“Si has de creer lo que te digo, amada  
En tanto que tu edad abre sus flores  
En la más verde y fresca novedad,  
Toma las rosas de tu juventud,  
Pues la vejez, lo mismo que a esta flor,  
Hará que se marchite su belleza.”

Este naciente espíritu individualista que florecía, tras siglos de encierro en pequeñas ciudades amuralladas y pestilentes, ahogados de miedos, violencias y misereres, rechazaron sin disimulo la vejez. Asimismo, todo aquello que representaba fealdad, decrepitud y decadencia. Fueron, quizás, los tiempos más agresivos contra los ancianos. Pero, más encono aun, contra las ancianas. Refleja este sentir el más grande humanista de la época, Erasmo, que en su *Elogio a la locura* nos dice: “*Pero lo que verdaderamente resulta más divertido es ver a ciertas viejas, tan decrepitas y enfermizas como si se hubieran escapado de los infiernos, gritar a todas las horas “viva la vida”, estar todavía “en celo”, como dicen los griegos, seducir a precio de oro a un nuevo Faón; arreglar constantemente su rostro con afeites; plantarse durante horas frente a un espejo;*

*depilarse las partes pudibundas; enseñar con complacencia sus senos blandos y marchitos; estimular con temblorosa voz el amor lánguido, banquetear, mezclarse en la danza de los jóvenes, escribir palabras tiernas y enviar regalitos a sus enamorados”*(14).

El arquetipo humano del Renacimiento lo personificaron los cortesanos y los humanistas. Ambos rechazaron a los viejos, pues representaban todo aquello que quisieron suprimir.

La menor violencia durante el siglo XVI permite a los varones llegar a edades más avanzadas. En los medios aristocráticos acontece lo mismo con las mujeres, rompiendo con lo que había sido la tradición: de seguro a consecuencia de una mejor higiene en la atención de los partos en ese medio social. Es probable que la actitud de cortesanos y humanistas respecto a la vejez era sólo una postura literaria, pues en la realidad cotidiana, la relación era más benevolente.

## El mundo moderno: el viejo frente a la burocracia

El pensamiento liberal y sus consecuencias políticas revolucionarias que derivan en la formación de repúblicas, significó no solamente un cambio de poder, sino también la aparición de un contingente nuevo de ciudadanos: los burócratas. Hay que recordar que este término proviene del francés, «*bureau*», que significa oficina, de lo cual se desprende que aparece en la escena social un estamento de funcionarios que constituyen un verdadero conglomerado y que algunos han denominado el sector terciario, a diferencia del primario, de los campesinos y artesanos, y los secundarios, referidos a los obreros surgidos de la revolución industrial.

Antes de las revoluciones liberales el poder se asentaba en los reyes y sus familiares, como también, en el círculo próximo de la nobleza. El Estado se identificaba con personas concretas. En cambio, el Estado

moderno es impersonal, reglamentado y el poder se hace representativo, delegación del pueblo. Se entiende que, en este sistema, surja la progresiva despersonalización y el creciente predominio de los funcionarios de la nueva organización.

En la actualidad, un hito muy significativo en la biografía de todo ciudadano laborante, dentro de la estructura económica del Estado, es la jubilación. Palabra tomada del latín *jubilare* que significaba “lanzar gritos de júbilo” (15), significado que para la mayoría de nuestros contemporáneos sonaría a sarcasmo.

En su origen nació como una recompensa a los trabajadores de más de cincuenta años. Según Simone de Beauvoir ésta era la recomendación que hacía Tom Paine en 1796 (16). Ya se conocen pensiones en los Países Bajos a los funcionarios públicos en 1844. En Francia los primeros en obtenerlos fueron los militares y funcionarios públicos; luego los mineros y otras labores consideradas peligrosas.

Desde un punto de vista económico, se pasa de una (17) gratificación benevolente a un derecho adquirido para dar un estipendio unos pocos años después de cierta edad, en la cual, probabilísticamente, hay una declinación de rendimiento. Así se crean los sistemas de seguros sociales y todo un modo de estudio de probabilidades de sobrevivida. Con el aumento de las expectativas de vida, se mantiene el procedimiento, aunque postergando la edad de jubilación, en el bien entendido que si el viejo ya no es productor, a lo menos, es posible mantenerlo en un cierto nivel de consumidor.

### **El mundo contemporáneo: violento y en búsqueda**

Pretender efectuar una síntesis, sacar conclusiones más o menos abarcativas de lo que ha sido nuestro siglo veinte, resulta imposible, hasta ingenuo. Como muchas empresas

humanas, que por imposibles son de todas maneras impulsadas por el fuego de Prometeo. Aunque, por desgracia, en muchas ocasiones, resultan más bien obras de su hermano Epimeteo. Y numerosos intentos se han realizado para lograr entender nuestra circunstancia.

Por de pronto, no podríamos atenernos a la cronología del calendario. En respeto a la absoluta necesidad de parquedad diremos que en nuestro siglo conviven múltiples tradiciones que, en otras palabras, se expresan en una gran complejidad. Coexisten no sólo los hechos propios de los acontecimientos cotidianos sino que –mediante los crecientes y múltiples medios de comunicación– se dialoga con todas las épocas desde que nacieron los tiempos históricos. A la diversidad de tradiciones regionales, se podría decir, que en el mundo occidental fluía una corriente cultural proveniente desde la Ilustración que creía en una idea de progreso lineal y la historia de los seres humanos caminaría hacia la realización de un hombre ideal (europeo). Tal concepción significa considerar la historia como un proceso unitario y de acuerdo con Vattino, la modernidad “*deja de existir cuando –por múltiples razones– desaparece la posibilidad de seguir hablando de la historia como una entidad unitaria*” (18). No existe un centro en torno al cual se ordenarían los hechos. Sólo horizontes culturales desde donde nuestra mirada contempla y se nos presenta la comarca de su momento histórico. Se estaría en una experiencia de “fin de la historia”, en la crisis de lo más específico de la modernidad: su concepto de historia, de progreso y de superación (19). Y esta nueva concepción es lo que, bien o mal, muchos han denominado la posmodernidad.

Tres características relevantes se manifiestan hoy día: por una lado, la ya referida complejidad que hace inevitable el pluralismo. El abigarramiento en grandes *megapolis* en las cuales nunca antes cohabitaron tantas generaciones simultáneamente (subproducto

del aumento de la esperanza de vida). Ni tampoco, nunca antes, habían morado tan cercanamente, seres de las más diversas estirpes, costumbres y creencias. De tal modo que ya no se comparten los mismos horizontes y el encuentro entre extraños culturales se hace usual. Por otra parte, la secularización producida desde la creación de los Estados modernos, que ha contribuido a una concepción más autonómica de las personas. Y finalmente, el advenimiento de la tecnociencia, cuya preponderancia nos ha conducido a su veneración y también a su temor. Su poder ha sido tan avasallador que ha modificado todos los ámbitos de la vida humana. Incluso la relación con la naturaleza misma.

Para el propósito de este trabajo lo más preeminente ha sido esta cultura tecnocientífica, la que más ha influido en la vida de los viejos.

Las nuevas condiciones de vida creadas por la tecnociencia no sólo ha envejecido a los pueblos, sino que ahora el grupo etario de mayor velocidad de crecimiento entre las sociedades democráticas neotecnológicas lo constituye la población sobre los 85 años (20). Además, la prolongación del lapso pos jubilación conlleva un empobrecimiento progresivo, agravado por la mayor necesidad de asistencia médica. Al mismo tiempo, el porcentaje de menores de 15 años disminuye. Los niveles de fecundidad continúan en descenso. La más amplia proporción de viudas está en directa relación a la mayor expectativa de vida de las mujeres, lo cual no representa del todo una ventaja. En Chile la encuesta CASEN (caracterización socioeconómica 1996) nos informa que la población más añosa es la más menesterosa y que el analfabetismo es más elevado entre los adultos mayores (15.8%) que en la población general (4.9%). El 43% de los adultos mayores viven sin pareja. Las viudas que, como decíamos, son la mayoría, terminan siendo varias veces castigadas: durante su vida tuvieron un menor nivel educacional y

han sido remuneradas a más bajo nivel que los hombres; cuando logran un mejor nivel cumplen labores diversificadas (dentro y fuera del hogar); un menor número obtiene jubilación y, por último, su sobrevivencia mayor, las condena a una pobreza soportada por más años.

Otro impacto digno de mencionar se refiere a la llamada liberación femenina y al cambio de la consideración del cuerpo y de la sexualidad. Mucho papel se ha utilizado sobre el tema. La tecnociencia, asimismo, ha desempeñado una gran función. Karl Popper sostiene que la primera liberación femenina se produjo en 1913 con la invención del hornillo a gas (21) y, después, con toda la tecnología al servicio del hogar que permitió a las mujeres gozar de tiempo libre, que muchas dedicaron al estudio y al trabajo fuera de su morada y a optar por labores mejor remuneradas. Pero, además, salir de los límites –demasiado estrechos y fatigantes de su vivienda– para contactar horizontes más amplios.

La segunda etapa importante de liberación sucedió con el hallazgo de las drogas anticonceptivas que separó, conscientemente, la procreación de la sexualidad e hizo más evidente lo que es la sexualidad de los seres humanos. Finalmente, se llegó a una familia reducida, a una sexualidad sin procreación, por algunos llamada recreativa, a la convivencia en pareja, a una adolescencia prolongada. Se produce una centrifugación familiar, archipiélagos familiares. Evidente que esta modificación de la familia trae también consecuencias en la arquitectura, en las relaciones interfamiliares y vecinales en la concepción misma de la vida.

Después de la segunda guerra mundial se descubre el enorme mercado de los *teen-agers* y progresivamente se llega al mercado de los bebés. Hay un corrimiento hacia las edades menores. De acuerdo, por lo demás, al deseo y admiración del vigor y belleza juveniles. Todo tipo de artimañas, artefactos y hábitos para lucir jóvenes. El cul-

to a la moda se acelera y fortalece (22). Lo efímero y desechable favorece al mercado. La economía centralizada y la idea misma de la unicidad de la marcha de la historia derriba al imperio soviético. Surge con fuerza la lucha entre capitalismo (23).

“Vivir en este mundo múltiple significa hacer experiencia de la libertad entendida como oscilación continua entre pertenencia y desasimiento” (18, p.19) En tales términos, qué duda cabe que este siglo violento y en búsqueda permanente no es un ámbito favorable a los ancianos. El diseño de las ciudades actuales de espacios habitables reducidos, familias nucleares de nexos flojos, dejan en desamparo a los viejos que viven en soledad. En los países de la Comunidad Europea los proyectos que viven solos superan el 30% y esta realidad va en aumento (24).

Conocer esta historia quizás nos sirva de lección para vivir el presente en clave de responsabilidad.

## Referencias

- Ribera JC. El anciano desde el punto de vista biológico. *Ética y ancianidad* 1995; 9: 29-40.
- Oyarzún F. *La persona normal y anormal y la antropología de la convivencia*. Valdivia: Imprenta Universitaria Valdivia; 1998.
- Habernas J. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona: Península; 1996.
- Apel K O. *Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona: Paidós; 1995.
- Apel K O. Fundamentos de semiótica: sentido lingüístico e intencionalidad. La compatibilidad del giro lingüístico y el giro pragmático de la teoría del significado dentro del marco de la semiótica trascendental. En: Dussel E. *Debate en torno a la ética del discurso de Apel. Diálogo filosófico Norte-Sur desde América Latina*. México D.F: Siglo XXI; 1994. p. 254 - 312.
- Debray R. *El Estado seductor*. Buenos Aires: Manantial; 1995.
- Minois G. *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid: Nevea; 1987.
- Lledó E. El mundo homérico. En: Camps V. (ed). *Historia de la Ética*. Vol.1. Barcelona: Crítica; 1988. p. 21
- Platón. *La República*. Santiago de Chile: Delfín; 1974.
- Montanelli I. *Historia de los griegos*. Barcelona: Plaza & Janes; 1995.
- Idinopulos, T.A. *Jerusalén: Judíos, Cristianos, Musulmanes*. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1994.
- Gafo J. La Iglesia Católica y la tradición cristiana ante al ancianidad. En: *Ética y ancianidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1995. p.110.
- Duby G. *Año 1000, año 2000: la huella de nuestros miedos*. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1995.
- Erasmus. *Elogio a la locura*. Barcelona: Ediciones 29; 1993.
- Coramina J. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos; 1980.
- Beauvoir S. *La vieillesse*. Paris: Gallimard; 1970.
- Gracia, D. Historia de la vejez. En: Gafo J. (ed). *Ética y ancianidad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1995. p.15-25.
- Vattimo G. *En torno a la posmodernidad*. Barcelona: Antropos; 1994.
- Vattimo G. *El fin de la modernidad: nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna*. Barcelona: Gedisa; 1990.
- Jecker N.S. Envejecimiento social. *La labor hospitalaria* 1997; 245 (3): 236-38.
- Popper K. *La responsabilidad de vivir: escritos sobre política, historia y conocimiento*. Barcelona: Paidós; 1995.
- Lipovetsky G. *El imperio de lo efímero: la moda y su destino en las sociedades modernas*. Barcelona: Anagrama; 1990.
- Albert M. *Capitalisme contre capitalisme*. Paris: Seuil; 1991.
- Plá integral de la gent gran. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. La vejez en la sociedad actual. *Labor Hospitalaria* 1997; 245(3):186 - 9.





# CONTROVERSIAS EN LOS CRITERIOS ÉTICOS DE LOS CUIDADOS EN GERIATRÍA

Lía Susana Daichman Raskin\*

## Resumen

Resolver sobre la utilización de recursos existentes y los dilemas morales que surgen en forma cotidiana en los cuidados en geriatría, se está convirtiendo en el patrón que dominará la atención de la salud en las próximas décadas.

Si el cuidado de los ancianos en la comunidad se convierte en la norma, las dimensiones éticas de este tipo de cuidado van a requerir una atención muy especial que generará cuestionamientos sobre fragilidad, dependencia, autonomía, competencia y las complejas relaciones y controversias entre los ancianos y aquellos que “los sostienen y los cuidan”.

La toma de decisiones compartida requiere que la persona que cuida no sólo trate de entender y satisfacer las necesidades del otro, sino también de encontrar alternativas razonables, que le permitan al asistido elegir lo que él prefiera. Es en este proceso donde el conocimiento del cuidador y su experiencia profesional pueden aunarse con los valores sustentados por el anciano.

El desarrollo de un diálogo coherente y comprensible y las estrategias necesarias se imponen como tarea y deber para todos aquellos comprometidos con los criterios éticos de los cuidados en geriatría.

**PALABRAS CLAVE:** Criterios éticos y controversias; autonomía; cuidados geriátricos.

## Abstract

### Controversy on ethical criteria in geriatric care

Resolving about resource allocation and the ethical dilemmas daily arising in geriatric care is becoming the pattern that will dominate health care during next decades.

If elderly care in the community increasingly becomes the norm, the ethical dimensions of this kind of care giving will generate essential questioning on frailty, dependence, autonomy, competence, and the controversial relationship between the elderly and those who care and sustain them.

Shared decision-making requires that the professional seeks not only to understand and meet the person's needs but also to provide him/her with reasonable alternatives, thus allowing the patient to choose what they prefer. It is through this process of shared decision-making that caregiver's knowledge and professional expertise can come together with the older person's expressed values.

The development of a coherent and understandable dialogue as well as necessary strategies stand as a crucial task and commitment for those concerned with the ethical criteria of geriatric care.

**KEY WORDS:** Ethical criteria and controversies; autonomy; geriatric care.

---

\* Profesora Asociada de Problemática del Envejecimiento Humano, Facultad de Psicología, Universidad de Belgrado, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: [Lsdaichman@fibertel.com.ar](mailto:Lsdaichman@fibertel.com.ar)

## Resumo

### Controvérsias nos critérios éticos dos cuidados em geriatría

Considerar a utilização de recursos e os dilemas morais que surgem cotidianamente nos cuidados geriátricos está convertendo-se no padrão que dominará a atenção em saúde nas próximas décadas.

Se o cuidado com idosos na comunidade se converte em norma, as dimensões éticas deste tipo de cuidado vai exigir uma especial atenção que irá gerar questionamentos sobre fragilidade, dependência, autonomia, competência e as complexas relações e controvérsias que envolvem “os que os sustentam e que prestam cuidados”.

As tomadas de decisões conjuntas requerem que o cuidador não somente satisfaça as necessidades do outro, como também encontre alternativas razoáveis que permitam ao paciente escolher suas preferências. É através desse processo onde o conhecimento e experiência pessoal do cuidador podem compatibilizar-se com os valores fundamentais do ancião.

O desenvolvimento de diálogo coerente e compreensível, assim como de estratégias especiais impostas como tarefa e dever para todos os comprometidos com critérios éticos nos cuidados em geriatría.

**PALAVRAS CHAVES:** Critérios éticos e controvérsias; autonomia; cuidados geriátricos.

## Résumé

### Divergence des critères éthiques des soins en gériatrie

L'article décrit de façon succincte le rôle des personnes âgées, des «vieux» au cours de l'histoire, dans le monde occidental.

Ils ont connu leur moment de gloire au cours des périodes primitives, quand la culture reposait uniquement sur les traditions orales. Par la suite, la reconnaissance sociale de ce groupe d'âge au sein de la société a connu certaines vicissitudes. Leur rôle s'est généralement détérioré. Il est toutefois important de distinguer la notion de « vieux » comme personne, respecté en fonction de son pouvoir économique ou de son prestige, de celle d' «homme âgé» comme membre d'un groupe social.

Passer en revue les différentes époques nous aide à mieux comprendre la situation actuelle des « vieux », condition sine qua non pour répondre aujourd'hui au grand défi que constitue ce groupe d'âges à forte croissance démographique.

**MOTS CLÉS:** Critères éthiques et controverses; autonomie; soins en gériatrie.

Resolver sobre la utilización adecuada de recursos existentes y los dilemas morales que surgen en forma cotidiana en los cuidados en geriatría se está convirtiendo en el patrón que seguramente dominará la atención de la salud en las próximas décadas. Cualquiera sea su impacto futuro, la institucionalización, la atención regular a centros diurnos y fundamentalmente la atención domiciliaria se convertirán en un buen terreno de prueba para las políticas y consenso social de nuestra sociedad que envejece.

Si el cuidado de los ancianos en la comunidad se convierte en la norma, las dimensiones éticas de este tipo de cuidado van a requerir una atención muy especial. Desafortunadamente, nosotros todavía carecemos de antecedentes históricos de modelos de cuidado que se ocupen de los adultos mayores con patologías crónicas durante períodos largos de tiempo. El cuidado que ellos requieran generará cuestionamientos sobre fragilidad y dependencia, autonomía, obligaciones y compromisos, y las complejas relaciones entre los ancianos y controversias éticas de aquellos que en la comunidad los “sostienen y los cuidan” (1).

Lamentablemente, pocos cuidadores tienen acceso razonable a cursos de capacitación y grupos de apoyo que tendrían que ser el lugar indicado donde pudieran expresar “sus necesidades emocionales, legalizar sus sentimientos, enojos y resentimientos, sus culpas, sus amores y sus odios, sentimientos todos inherentes a la condición humana” (2).

El desarrollo de respuestas apropiadas deberá tener también en cuenta la necesidad de diferenciar entre aquellos mayores con diferentes niveles de competencia. Es importante que el profesional entienda y sea sensitivo a tales aspectos, especialmente cuando se emite un juicio sobre un determinado caso, incluyendo la intervención adecuada.

Otra situación que se advierte bastante a menudo en la práctica es la creación de un “vínculo un tanto insalubre” entre el profe-

sional, (mayoritariamente los médicos) y su paciente anciano, en el cual aquel termina casi convencido que sólo “él es y él tiene todas las respuestas” a la problemática de su paciente, probablemente como resultado de una gran omnipotencia, equivocadamente fortalecida a lo largo de su vida profesional (3). Probablemente el criterio ético más difícil de enfrentar sea cómo balancear el derecho a la autodeterminación del anciano y la creencia firme del profesional de que “siempre algo se tendrá que hacer.”

Los profesionales de la salud son antes que nada, y sobre todo, seres humanos. Ellos poseen “una especie de sistema privado de moralidad”, a veces sumamente personal; a veces siguiendo un sistema de valores de una religión en particular o de una historia personal.

Los ancianos pueden ocasionalmente sentir que la información y opciones que se les ofrecen están dictadas por un sistema de valores al cual ellos pueden no suscribir.

Es entonces de vital importancia que cuando los principios morales y éticos del profesional juegan un rol significativo en el cuidado de su paciente, esto debe explicitarse, y el paciente involucrado puede tener la oportunidad de buscar alternativas en algún otro lugar.

La toma de decisiones compartida requiere que la persona que cuida no sólo trate de satisfacer las necesidades del otro, sino también de encontrar alternativas razonables, de tal suerte que le permita al asistido elegir lo que él prefiera. Es a través del proceso de decisión compartida donde el conocimiento del cuidador y su experiencia profesional pueden aunarse con los valores sustanciados por el anciano, y donde el desarrollo del bienestar del ser humano se reconcilia con respecto al derecho individual de ser tratado como un *sujeto* y no como un *objeto* (4).

Hay cuatro principios básicos en la ética médica: a) la autonomía b) la beneficencia c) el no hacer mal y d) la justicia. Derivan

de estos principios distintas normas que incluyen la veracidad, la confidencialidad, la privacidad y la fidelidad (5).

Se entiende por autonomía a la capacidad de autodeterminación del individuo para poder tomar sus propias decisiones y la habilidad de poder actuar, libre de interferencias.

Uno de los aspectos de este principio es el consentimiento informado. A fin de que esto pueda funcionar, la persona deberá tener acceso a la información adecuada, que le permita pensar a través de la información (pensamiento autónomo), que le permita expresar sus preferencias (autonomía en el deseo) y ser capaz de implementar su voluntad (autonomía en la acción).

Las dificultades pueden aparecer en cualquiera de estas etapas, lo cual puede inhibir la posibilidad del individuo de actuar autónomamente. Si la decisión indicada sobre un tratamiento debe ser tomada, el individuo sujeto de acción deberá estar entonces en total conocimiento de toda información que sea relevante. La información debe estar no sólo disponible sino también debe ser accesible. El ciudadano tipo no tiene por qué entender fácilmente la información técnica y la información escrita a veces presupone y sobrestima capacidades que el paciente no posee. Algunos individuos necesitarán, como consecuencia de una deficiencia auditiva en la comprensión y/o la expresión del lenguaje, una dedicación especial. Cualquiera que fuera la situación, se tendrá que hacer el esfuerzo para asegurar que la persona en particular reciba la información que sea relevante a sus necesidades y en la forma que la pueda asimilar.

Debiese estar implícito en el proceso de toma de decisiones que la información que recibe el individuo no sólo sea completa sino también veraz. Una investigación realizada sobre el tema, hace ya algunos años, demostró que a la mayoría de las personas les gustaría ser informados sobre su diagnóstico y

pronóstico, permitiéndoseles así planificar su cuidado, futuro y economía, buscar segundas opiniones respecto a alternativas de tratamiento y resolver en parte sus problemas familiares (6).

Respetando el principio de autonomía, el paciente goza del derecho a conocer la verdad y los profesionales deberían estar sensibilizados a esta preocupación, como así también a la de los familiares, y poder ayudarlos a evaluar los beneficios y costos de brindar esta información. El principio de decir la verdad es a veces sobrepasado por otros factores, tales como evitar un dolor innecesario. A veces también es cierto que alguna gente *no* desea ser informada sobre toda la verdad. Lo cierto es que no existe un acuerdo universal sobre hasta qué punto es permitido ocultar la realidad o retener cierta información a un paciente.

Respecto al pensamiento autónomo, la información asequible debe ser procesada y evaluada para acceder a una conclusión racional. Algunas veces, el raciocinio puede estar modificado en una enfermedad por períodos cortos o más o menos largos; puede estar alterado por drogas, especialmente neurológicas y psicofármacos, como también por el opio y sus derivados y algunos otros analgésicos fuertes. Ante una emergencia puede ser necesario tratar a un paciente en ausencia del consentimiento informado, bajo el supuesto de que el individuo hubiera elegido esa opción si su pensamiento no hubiera estado comprometido.

Amén de ciertos grupos muy particulares, el mecanismo de toma de decisiones en reemplazo de aquellos cuyo raciocinio pueda permanecer alterado por tiempo indefinido, no ha sido claramente establecido por ley, en forma universal.

En el caso en que alguien haya dejado previa y claramente establecido su deseo por escrito de no recibir un tratamiento en particular en situaciones específicas, esta directiva previa (deseo en vida) puede ayudar a

tomar la decisión adecuada. Cuando no existiese esa directiva previa, la ideología del paciente deberá ser rastreada en familiares y/o amigos cercanos, sobre lo que el deseo personal del sujeto hubiera sido bajo esa determinada circunstancia.

Respecto al deseo en vida, y habiéndose planteado y discutido el tema con los propios interesados, los ancianos deberían poder formular formalmente su voluntad y sus opciones. Frecuentemente, cuando ellos están recibiendo cuidados médicos y/o apoyo social, pueden retraerse a expresar su voluntad; a veces por un sentimiento de gratitud, a veces por la dependencia instituida por aquellos que los cuidan.

La autonomía se convierte en un valor ético aun más crucial cuando las condiciones de fragilidad y dependencia pueden amenazar la autodeterminación de los ancianos por el paternalismo de sus cuidadores (1). Si se realizaran esfuerzos verdaderos para que la autonomía fuese ejercida, especialmente a nivel institucional, entonces una atmósfera que pueda ser a la vez abierta y no amenazadora debería ser facilitada. Algunos miembros del personal o familiares podrán en esta ocasión actuar como defensores, hablando en representación del individuo.

¿Qué sucede cuando la persona no está en situación de poder dar su consentimiento plenamente o se la considera “incompetente”? Entonces alguien tendrá que representarla y dar el consentimiento informado. Un defensor válido podría ser un familiar directo, un buen amigo o un profesional.

Si no existiera un marco legal suficientemente claro, la decisión recaerá en el profesional en cuestión. Un número de factores relevantes deberá ser entonces tenido en cuenta:

- La existencia de un “deseo en vida” (testamento), por escrito;
- Manifestaciones previamente expresadas por el sujeto;
- Que la práctica a realizar sea una práctica

ca aceptada;

- Que la acción a realizar sea una acción razonable;
- Que la acción realizada sea en el mejor interés del individuo;
- Los puntos de vista de un familiar cercano o amigo,

La posible intervención de un defensor.

Finalmente, el último test de autonomía será el cumplimiento de la voluntad del individuo.

En la práctica suceden a menudo situaciones en las cuales llevar a cabo el deseo original de un individuo puede provocar un impacto negativo en sus allegados.

Íntimamente unido al concepto de la autonomía individual está el derecho a la confidencialidad. Cada paciente está en su derecho de exigir que cualquier información médica con respecto a su persona no sea compartida con otros, sin contar con su consentimiento previo. Este es un derecho protegido en varios países del mundo, aunque la ley reconozca circunstancias especiales bajo las cuales el secreto médico pueda ser liberado.

La beneficencia es el principio que implica hacer el bien; casi iría sin necesidad de decirlo. Un tratamiento sólo debería utilizarse cuando se espera un beneficio para el paciente.

La “no maleficencia”, el no hacer mal, establece que tratamientos que puedan ser perjudiciales para el individuo, no deben ser usados (5).

El viejo aforismo latín *primum non nocere* (primero no hacer mal) puede ser usado como analogía. El criterio ético consistiría, en este caso, en el balance entre el beneficio esperado y la posibilidad de un daño potencial.

El médico geriatra que realmente desee poder tomar decisiones con criterio y éticamente, tendrá que poseer el conocimiento científico necesario sobre efectos deseados e indeseables del tratamiento que va a

ofrecer y las consecuencias de no llevar a cabo un tratamiento en una situación específica; esto significa que él debería estar en una posición de ejercer una buena práctica médica basada en la evidencia.

Algunos de los parámetros respecto a beneficio *versus* daño son:

- La sobrevida
- El no sufrir síntomas indeseables
- La alteración del pensamiento autónomo
- Provocar angustia innecesaria
- Evitar la discapacidad
- La calidad de vida

Otro concepto importante es el de la futilidad, cuando un tratamiento en particular no tiene chance posible de éxito.

Y finalmente, la justicia, el principio que establece que cualquier acción que deba ser realizada tendrá que ser justa. Esto puede ser aplicado en diferentes niveles; puede referirse, por ejemplo, a la justicia hacia un individuo, o hacia un grupo de pacientes, o a una población en particular o a la sociedad en general. Para nosotros, profesionales de la salud, el principio de justicia hacia el paciente como individuo debe ser considerado como el primero en orden de jerarquía. En la práctica cotidiana, el acceso a ciertos recursos responderá a una lista de prioridades, y esto obviamente puede resultar en una desventaja para un paciente en particular. Los geriatras vivimos en un continuo desafío, para que se trate a la gente mayor en forma un poco más equitativa y poder establecer los criterios de igualdad, así como las estrategias necesarias para lograr distribuir los trozos de una torta que cada día se hace más dura y más pequeña.

La justicia referente a los trabajadores de la salud también es un elemento a tener en cuenta pues ningún individuo debería ser obligado a realizar tareas para las cuales no está preparado o que sean contrarias a sus creencias o convicciones. La percepción sobre si una conducta es o no es aceptable so-

bre normas y valores culturales y morales y sobre las formas de vida diferentes puede ser muy variada dentro de las distintas sociedades. La negligencia y el maltrato son fenómenos definidos culturalmente, y muchas veces pueden reflejar distinciones entre conductas que son aceptadas o son inaceptables (7). Esta es sólo una de las razones por la cual es necesario investigar al abuso y maltrato en la vejez desde perspectivas diferentes a fin de intentar comprender el significado de algunos de estos fenómenos.

¡El vivir muchos años puede ser un logro considerable, sin lugar a dudas una gran tarea y muchas veces, un riesgo! Ofrece oportunidades sin precedentes para el desarrollo personal y social, pero también presenta al individuo y a la sociedad nuevos desafíos relacionados a la calidad de vida en la vejez. Esto incluye políticas sociales y de salud coherentes, la prevención de las discapacidades, facilitar la autonomía y la interacción social, crear una conciencia sobre lo que es el envejecimiento normal como un proceso que es parte del ciclo de la vida. Cambiar las imágenes negativas asociadas a este grupo etario y lograr el compromiso permanente —a través de un diálogo comprensible y las estrategias que sean necesarias— para que todos nosotros, profesionales responsables, y la comunidad entera entendamos de una vez por todas “ la artesanía que significa el cuidado de los viejos”.

## Referencias

1. Daichman LS. Criterios éticos en los cuidados a largo término. *Archivos de Geriatría y Gerontología* 1996;1: 91-3.
2. Daichman LS, Lew N, Guido P, Schwartzman A. Cuidar no es suficiente. *Revista de Gerontología de San Pablo* 1993;1(4): 144-8
3. Daichman LS, Guido P, Acánfora M, Aguas S. Health professionals perception of and responses to elder abuse. *Proceedings of the 52<sup>nd</sup> Annual Scientific Meeting of SGA. USA; 1999.*

4. Pelaez M. Ethical issues in protective services for the elderly. In: Wolf R, Bergman S, (eds). *Stress, conflict, and abuse of the elderly*. Jerusalem: J.D.C. Brookdale Institute of Gerontology;1989. p. 3-10.
5. Beauchamps T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 1989.
6. Erde E, Nadal S. On trulling and the diagnosis of Alzheimer´s disease. *Journal of Family Practice* 1988; 28: 401-8.
7. Hudson M. Elder abuse: two native American views. *The Gerontologist* 1998; 38(5): 538-48.





# DILEMAS BIOÉTICOS EN GERIATRÍA: TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

Cristián Mercado R.\*

## Resumen

Chile es un país que envejece. Sin embargo, la asignación de recursos sanitarios es insuficiente. Incluye una baja capacitación médica en Geriatria y en Bioética.

El envejecimiento trae una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad ante agresiones patológicas. El anciano presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas, exigiendo una mayor demanda en salud.

En la práctica geriátrica, los principios bioéticos se plantean con frecuencia, originando discusiones complejas. Por ello, su conocimiento y dominio son fundamentales. La discusión es el instrumento básico para la toma de decisiones y debe realizarse por el equipo interdisciplinario, junto al paciente y/o familia o apoderado.

Si nosotros consideramos que no tratamos enfermedades y sí enfermos, encontraremos en el anciano un tipo de paciente muy particular, donde existe conflicto en relación a sus aspectos bio-psico-sociales. Debemos considerar los valores del paciente y los principios de la ética médica.

Este artículo se propone analizar, desde el punto de vista bioético, los dilemas en la toma de decisiones médicas en Geriatria.

**PALABRAS CLAVE:** Ética; anciano; geriatria; toma de decisión.

## Abstract

### **Bioethical dilemmas in geriatrics: medical decision-making**

Chile is a country that is growing older. Sanitary resource allocation is insufficient and there exists inadequate training in Geriatrics and Bioethics. Aging determines greater susceptibility and vulnerability when facing pathological aggressions. The elderly present a high prevalence of chronic diseases which translates into a greater demand for health assistance.

Bioethical principles are frequently addressed in geriatric practice and give rise to complex discussions. Thus, knowledge and full command of those principles are fundamental. Discussion is the basic tool for decision-making and must be realized by the interdisciplinary team, together with the patient's family or proxy.

If we consider we do not treat diseases but sick people, we will find in the elderly a very particular type of patient; one with particular psychosocial conflicts. Taking into account patient's values and ethical principles as well is a must.

This paper attempts to analyze, from the bioethical standpoint, the dilemmas posed by decision-making in Geriatrics.

**KEY WORDS:** Ethics; elderly; Geriatrics; decision-making.

---

\* Médico Geriatria. Jefe Departamento de Docencia del Instituto Nacional de Geriatria.

Correspondencia: cfmercado@123click.cl

## Resumo

### **Dilemas bioéticos em geriatria: tomada de decisões em medicina**

O Chile é um país que envelhece. A destinação de recursos sanitários é insuficiente e há uma insuficiente formação médica em Geriatria e Bioética.

O envelhecimento condiciona uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade ante agressões patológicas. O ancião apresenta alta prevalência de enfermidades crônicas exigindo, portanto, maior demanda de assistência à saúde.

Os princípios bioéticos se apresentam com frequência na prática geriátrica gerando discussões complexas. Assim sendo, o conhecimento e domínio dos mesmos é fundamental. A discussão é o instrumento básico para as tomadas de decisões e deve ser realizada pela equipe multidisciplinar juntamente com o paciente e/ou família ou representante do paciente.

Se considerarmos que tratamos de pessoas enfermas e não de enfermidades, encontraremos no idoso um tipo particular de paciente fundamentalmente pelos aspectos biopsicossociais. Devemos considerar os valores do paciente e os princípios de ética médica.

Este artigo analisa, do ponto de vista bioético, os dilemas nas tomadas de decisões médicas em Geriatria.

**PALAVRAS CHAVES:** Ética; idoso; geriatria; tomada de decisões.

## Résumé

### **Les choix bioéthiques en gériatrie: le dilemme dans la prise des décisions médicales**

Le Chili est un pays qui vieillit, or l'allocation des ressources pour la santé est insuffisante, et on observe également une faible formation médicale en Gériatrie et en Bioéthique.

Le vieillissement de la population donne lieu à une situation de risques majeurs et une vulnérabilité plus grande face à des agressions pathologiques. Les personnes âgées présentent une plus forte prédisposition aux maladies chroniques, accroissant ainsi la demande en matière de santé.

Dans la pratique gériatrique, les principes bioéthiques sont souvent à l'ordre du jour et conduisent à des débats complexes. Leur connaissance approfondie est donc fondamentale. La discussion est un instrument de base dans la prise des décisions et doit être menée par l'équipe interdisciplinaire en y insérant le patient et/ou sa famille ou tuteur légal.

Si nous partons du principe que nous ne traitons pas des maladies, mais des malades, nous trouverons chez les personnes âgées un type de patient très particulier qui présente des conflits d'ordre bio – psycho et sociaux. Il est primordial de tenir compte des valeurs du patient et des principes de l'éthique médicale.

Le but de cet article est d'analyser, du point de vue bioéthique, les dilemmes de la prise de décisions médicales en Gériatrie.

**MOTS CLÉS:** Éthique; homme âgé; gériatrie; prise de décision.

## Introducción

Para un gerontólogo y geriatra es muy importante considerar al anciano que se encuentra enfermo como una persona y no sólo abordar el aspecto patológico. En el área de la salud, aún se observa una discriminación hacia éste. A través de la ética médica, nosotros podemos proteger al paciente anciano.

En las últimas décadas han ocurrido tres fenómenos estrechamente relacionados entre sí que han llamado la atención mundial pues han obligado a revisar políticas nacionales en relación a las personas. El primero de ellos es el envejecimiento poblacional. La población de 60 años y más ha crecido aceleradamente. También, el concepto de envejecimiento ha cambiado. El segundo fenómeno es el gran avance técnico-científico en Medicina, trayendo además mayor complejidad en la aplicación de estos recursos. El tercer y último fenómeno es el resurgimiento de la Ética Médica. Actualmente es posible recurrir a los derechos del paciente y también acudir a los principios bioéticos en la toma de decisiones. A pesar de que estos aclaran muchas decisiones médicas, los médicos no están aún capacitados para actuar sobre estos pilares.

Existen presiones culturales para elaborar decisiones médicas cada vez más éticas. Los mismos ancianos, sus familiares y/o apoderados tienen mayor educación en materias de salud y tienden a discutir sus evaluaciones y tratamientos. La puesta en práctica de un abordaje médico equilibrado, considerando los fenómenos demográficos y el proceso de envejecimiento, los avances científicos y los aspectos éticos, debiese resultar en el respeto a la integridad individual y social del anciano.

Los profesionales que asisten a los ancianos, y los mismos ancianos, deben conocer esta materia. Por lo tanto, este artículo se propone revisar estos fenómenos en forma individual y resumida, para luego abordar la

toma de decisiones médicas en el paciente anciano.

## Fundamento teórico

### *Aspectos demográficos y epidemiológicos*

Según el Censo de 1992 (1), la población de individuos de 60 años o más constituyen el 10% de la población total y para el año 2020 se estima que será de 16%. Los individuos de 65 años o más constituyen el 7,1% de la población total. Por sexo, predominan las mujeres a medida que se envejece.

La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2000-2005, es de 76,7 años para ambos sexos, siendo 4 años mayor para las mujeres. Según datos de las Naciones Unidas para Chile, en 1995 la posibilidad de alcanzar los 60 años era de 84% y llegada a esta edad, la sobrevivida era de más 20 años.

La tasa de mortalidad de ancianos de 65 a 79 años de edad es de 41,7 por mil para los hombres y de 24,1 por mil para las mujeres. En el grupo de 80 años o más, es de 159 por mil para los hombres y de 119 por mil para las mujeres (1).

Las causas de muerte varían conforme el sexo y el subgrupo etario. Las cuatro primeras causas corresponden a: las patologías del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las neumonías y las causas externas. Algunas enfermedades son crónicas, por lo que suelen existir complicaciones previas al evento fatal. De 1990 a 1997 se logró una reducción significativa de las neumonías y de las causas externas y una leve, pero no significativa, reducción de las enfermedades del aparato circulatorio. Contrariamente, han aumentado las neoplasias y la diabetes mellitus. Las principales causas de morbilidad son semejantes a las de mortalidad, junto a los trastornos mentales.

Desde 1985 se observa un aumento sostenido de las demandas de atención en Salud Pública. En 1998, se estimaba que 73,7% de la población anciana consulta por el Fon-

do Nacional de Salud (FONASA)<sup>1</sup>. Desafortunadamente, los registros se refieren a consultas de adulto, estando incluidos en estos los ancianos. Sabemos que un alto porcentaje de estas consultas provienen de este grupo poblacional.

Según estudios realizados por el Ministerio de Planeamiento y Cooperación (2), existen entre 7% y 10% de personas discapacitadas. Del grupo total, el 37,4% corresponde a ancianos. Las principales tipos de deficiencias están a nivel sensorial (sordera y ceguera), motor y mental.

Numerosas investigaciones han demostrado que los problemas de salud y discapacidad funcional no son inherentes al envejecimiento, que la mayoría de los ancianos se encuentra libre de patologías graves, que el patrón característico de la patología es la cronicidad, que el riesgo de enfermedad y discapacidad aumentan con la edad y que los instrumentos de medición de la funcionalidad son de evaluación obligatoria. Entre los aspectos epidemiológicos que predisponen o empeoran la discapacidad están el no ser productivo económicamente, que las mujeres posean menos recursos económicos y estén más desprotegidas del sistema de seguridad social, que exista un alto índice de viudez, que la soledad y el abandono no son raros, que la mayoría de los ancianos son mujeres, que las mujeres presenten índices de discapacidad mayores que los hombres, que son las mujeres las predominantemente cuidadoras del anciano, que las mujeres toleren más el vivir solas que los hombres. La religión y la etnia no mostraron diferencias.

La noción de aumento de expectativa de vida es fácil de entender, pero no explica toda la historia. La expectativa de vida activa o funcional considera la invalidez como punto final, y no a la muerte. Ésta puede ser re-

versible. Por ello, la rehabilitación es fundamental en este sentido.

### *Aspectos gerontológicos y geriátricos*

Es conveniente que conozcamos algunos aspectos gerontológico y geriátricos, pues son importantes para resolver los dilemas éticos en relación al anciano.

Los escasos estudios longitudinales sobre envejecimiento muestran que las características más importantes del envejecimiento son: 1) que es no universal, 2) que es heterogéneo, y 3) que es individual. El envejecimiento es la manifestación de eventos bio-psico-sociales que ocurren a lo largo del tiempo y no con el tiempo. La edad cronológica no está directamente correlacionada a la edad bio-psico-social (3, 4).

*Gerontología* significa el estudio científico del proceso de envejecimiento, en sus aspectos bio-psico-social. *Geriátría* es la rama de la Medicina que se ocupa de las enfermedades del anciano. El término *viejismo* (*ageism*) describe un preconceito contra el anciano y el envejecimiento. Tiene intereses políticos y sociales, los cuales influyen en las decisiones médicas. Desde 1945, el lema del gerontólogo y/o geriatra es “dar vida a los años y no sólo años a la vida”(3).

¿Por qué somos viejos a los 60 ó 65 años? Es una medida arbitraria, sin fundamento científico. Muchos todavía creen que al llegar a los 60 años ocurre algún evento bio-psico-social, misterioso y fantástico, marcado por el reloj, que nos transforma de adultos a ancianos. Con el envejecimiento disminuye la reserva funcional o la capacidad de responder a los cambios ambientales y patológicos. Por ello, el envejecimiento no es enfermedad ni discapacidad *per se* (3, 4). En 1825, B. Gompertz demostró que después de los 30 años la probabilidad de morir se duplica cada siete años. Esta fórmula, y luego otras, se aplicarían para cobranzas de seguros médicos y de vida, aspecto ético que torna al anciano desprotegido de los altos

<sup>1</sup> Fondo Nacional de Salud (FONASA). Programa Adulto Mayor. Dirección Zonal Metropolitana. Abril de 1998.

valores que debe pagar (3). Algunos morirán repentinamente, sin sufrir. Otros morirán luego de prolongadas enfermedades. Por ello, es importante prepararse para la vejez, para la enfermedad y la muerte. A través de la Geriátría Preventiva varias enfermedades irán a presentarse cada vez más tardíamente, consiguiendo más años saludables y menos años de enfermedad. A este fenómeno se llama *compresión de morbilidad*, pues las enfermedades de la vejez quedarían comprimidas en menos años de vida.

La práctica en Geriátría se orienta al individuo como un todo, realizándose una evaluación integral, determinando así prioridades y objetivos a alcanzar. Siempre se tiene una acción preventiva y curativa, si es posible. Se actúa basado en la funcionalidad, determinada por la reserva fisiológica, la integridad mental y la situación social. A través del diálogo debemos conocer, considerar y respetar los valores y costumbres del paciente, sin cuestionarlos. Es necesario recordar siempre que tratamos un individuo singular, particular y único (4, 5, 6, 7, 8).

En general, el paciente geriátrico tiene varias enfermedades crónicas (en media, cuatro patologías), las cuales incluye sus tratamientos y sus complicaciones y/o secuelas (9). Como consecuencia, demandan mayor asistencia en salud, tanto a nivel primario como secundario y terciario, incluyendo hospitalizaciones.

Entre los desafíos en Geriátría está el reconocer qué es el envejecimiento y qué es patológico, y luego convencer al anciano de esta diferencia. Geriátría es una especialidad orientada a la familia. Con la familia se tratan cuatro aspectos básicos relacionados al paciente: el soporte emocional, la toma de decisiones, la necesidad de cuidados y la educación. A la vez, en su rol de cuidadores del anciano, ellos interactúan con el médico en dos formas: como apoderados y como pacientes potenciales (9).

## Medicina científica: avances tecnológicos

No se puede negar los beneficios que la tecnología ha traído tanto a la Medicina Clínica como Preventiva. No es necesario, ni es foco de este artículo, mencionar todo el avance tecnológico que nos ayuda en nuestra práctica. No obstante, sí es importante analizar cómo ellos han modificado la atención médica. Su efecto es innegable en la relación médico-paciente, en la distribución de recursos, en los costos y, finalmente, su uso y abuso. Se pasó de una Medicina Liberal a una de Tecnología Empresarial. Se hacen necesarias las especializaciones y subespecializaciones, pasando a buscar la enfermedad en un determinado lugar del cuerpo y no a tratar al enfermo. La Medicina adquiere su carácter de ciencia, abandonando la anamnesis y el examen físico, para obtener información impersonalizada a través de uso de la tecnología. Lo que era complementario, ahora es esencial. Lo que era alcanzable, pasa a ser inalcanzable para un gran segmento de la población, aun más para el anciano (10).

Se denomina “imperativo tecnológico” a la tendencia histórica y contemporánea de aplicar toda la capacidad técnica adquirida. Esta compulsión de hacer efectivo todo poder de realización es ciego a las implicaciones éticas que aparecen (11). Actualmente se habla de Medicina Basada en Evidencias, como instrumento para orientar la conducta médica, pues existe una diferencia fundamental entre lo que se espera que funcione y lo que comprobadamente funciona. Se pretende una Medicina más efectiva y más científica, visando optimizar beneficios y minimizar riesgos y costos. En otras palabras, podrían proteger al paciente y al médico, ante este gran acervo de información científica. Miles de artículos científicos son publicados diariamente, sin embargo la mayoría de los médicos tienen difícil acceso a esta información por factor tiempo

o por factor económico. Es importante considerar que la mayoría de las investigaciones obedece a intereses de empresas, por lo que no siempre son concordantes con las necesidades de la población o del paciente. Por ello, existe limitada evidencia científica de conductas médicas geriátricas al existir escasos estudios en ancianos o en los que, además, se incluyan ancianos.

## Bases bioéticas

La Bioética estudia la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. Es de carácter interdisciplinario. Es un instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana. Tanto el *Código de Nüremberg*, como otros documentos éticos, que buscan proteger a los pacientes, son revisados periódicamente a fin de actualizarlos y adecuarlos a los nuevos desafíos.

Los principios de la bioética son cuatro: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. El principio de beneficencia, se refiere a hacer el bien a otros, de modo de restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. El principio de no maleficencia no es un principio en sí y cobra importancia cuando se quiere proteger al paciente en una acción que ofrezca más riesgos que beneficios (11). El principio de autonomía se refiere a que el paciente tiene la posibilidad de aceptar o negar un acto médico después de ser convenientemente informado. Para ello se recomienda el Consentimiento Informado, donde el paciente expresa su conocimiento, su comprensión y su decisión al respecto. Además existe un documento, llamado Decisiones Anticipadas, donde el paciente manifiesta su voluntad o deseo de ser sometido o no a procedimientos o tratamientos en caso en que él tenga riesgo vital y no pueda decidir en ese momento. En caso que este documento no exista, se delega la decisión a

un tutor o un apoderado legal. El principio de la justicia se refiere a la equidad en la distribución de recursos y bienes considerados comunes, y da igualdad de oportunidad de acceso a estos. Se aplica más en el ámbito social.

Este principalismo se considera más un instrumento ordenador del debate y no como norma rectora de las decisiones bioéticas (11). En 1999, a través del Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, se creó un documento técnico sobre Protocolo del Derecho del Paciente<sup>2</sup>, basado en la Declaración de Lisboa, de 1981. En estos se señala que todo paciente tiene derecho a recibir atención de salud sin discriminación, conocer al personal que lo atiende, acceder a la información y a la confidencialidad de su ficha clínica, decidir libremente si desea ser partícipe de actividades de docencia e investigación, informarse sobre los riesgos y beneficios de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos para decidir la aceptación o no de éstos, entre otros. Los Derechos del Paciente buscan cambiar el abordaje médico, tradicionalmente paternalista, a un abordaje compartido, entre el paciente y el médico, donde finalmente quien decide en forma responsable es el propio paciente.

Un aspecto a considerar, especialmente en el anciano, es la calidad de vida y la muerte. La calidad de vida es difícil de definir, pero arraiga el sentido de considerar el patrimonio natural del paciente, su hogar y su sociedad. Por lo tanto es un término valorativo y no descriptivo. Por lo tanto, el único autorizado en opinar sobre su calidad de vida es el propio anciano (12). En términos economicistas, intenta relacionar los beneficios y los costos de un tratamiento. El valor del tratamiento se asigna en función al resultado de las variables tiempo de

---

<sup>2</sup> Protocolo Derechos del Paciente. Documento técnico para proceso de certificación. Ministerio de Salud-NASA.1999.

sobrevida, calidad de vida y costo del tratamiento. Esta fórmula nos sirve para distribuir los escasos recursos existentes, pues el tiempo y la calidad de sobrevida son inciertos (11, 12).

El médico está obligado a tratar al paciente por la valoración de calidad de vida que hace el mismo paciente. Cuando la toma de decisión está a cargo de un apoderado, se debe tener la precaución que la conducta refleje los deseos del paciente. La muerte es el cese de toda vida. Además, existen criterios médicos que definen como muerto a un ser vivo que ha perdido definitivamente las funciones cerebrales corticales. La definición de "paciente terminal" se aplica a pacientes cuya enfermedad le provocará la muerte en un tiempo estimado, al no existir un tratamiento eficaz. En patología maligna se asigna un año aproximadamente. En otras patologías (cardíacas, cerebrales, pulmonares) no se pueden establecer tiempos de evolución hacia la muerte, por su gran variabilidad.

El cuidado médico se refiere más al alivio del dolor y otros síntomas (13, 14). Los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas avanzadas no deben ser considerados pacientes terminales (4). La tecnología médica ha permitido estabilizar las enfermedades terminales, por lo que estos pacientes pueden ser mantenidos vivos por años. El principio de autonomía permite que estos pacientes puedan manifestar sus deseos de no iniciar o de suspender tratamientos indispensables para sobrevivir (15). La dignidad humana es la calidad de ser valorado, honrado o respetado. Posee un significado esencial (valórico) y otro perceptivo (de consideración). Por definición, todos tenemos dignidad; ella no es enajenable (no se la puede quitar a nadie) y es cualitativa (es igual para todos y no tiene niveles) (13).

## **Toma de decisiones, un dilema ético en Geriatria**

Los dilemas éticos más comunes en Geriatria relacionados con la toma de decisiones incluyen objetivos de intervención médica, la relación médico-paciente, la competencia, la capacidad de decisión y las decisiones anticipadas. Además los dilemas éticos están influidos, equivocadamente o no, por la edad, el control de costos, la asignación de recursos, y las situaciones de institucionalización (4, 5, 6).

Los ancianos tienen mayor riesgo de resultados adversos, pues frecuentemente no poseen una red de apoyo social adecuada, viven en situaciones de pobreza y hay limitación de acceso y de equidad a los sistemas de salud (5,6). Los médicos deben tomar en cuenta esta situación para derivarlos, si fuese necesario, a entidades legales que los protejan y les permitan seguir las indicaciones médicas (5).

### ***Objetivos de procedimiento diagnósticos y/o tratamiento terapéutico***

El objetivo del cuidado médico geriátrico no debe enfocarse sólo en las correcciones de las anormalidades fisiológicas agudas. El principal objetivo es determinar qué alternativas conservarán y/o favorecerán el bienestar del paciente, de acuerdo con sus creencias, perspectivas y objetivos. Siempre será el paciente el que determine su calidad de vida y no el médico o un familiar. Favorecer el bienestar desde el punto de vista del paciente requiere informarse sobre él e informarle a él (8).

La toma de decisiones sobre el paciente sin su colaboración conduce con frecuencia a decisiones erradas: formas de tratamiento que reflejen la preferencia del médico, pero que quizás no sean las más favorables para los intereses de los pacientes. Es más grave cuando la toma de decisiones sin la participación del paciente puede hacerle perder sig-

nificado como persona (4, 5, 8).

Aunque la toma de decisiones suele requerir un diagnóstico y un tratamiento exacto, estos no son los únicos medios para proporcionar lo mejor al paciente. En ancianos con enfermedades e incapacidades crónicas, quizás no exista posibilidad de curación ni de mejoría en su estado general. Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas específicas pueden estar contraindicadas. La indicación de un examen o de un tratamiento sin un objetivo claro, traerá más efecto yatrogénico que terapéutico. Así, es necesario considerar la calidad de vida actual y futura del paciente (8). También debemos ver la expectativa de vida funcional, a fin de ver la posibilidad de compresión de morbilidad, ya sea con prevención primaria, secundaria o terciaria.

Los aspectos psicológico y sociales en el anciano son fundamentales como terapias coadyuvantes de cualquier tratamiento. En una decisión médica se debe considerar si existen problemas sensoriales y motores que dificulten el cumplimiento del tratamiento (traslado para rehabilitación; dosis y número de tomas diarias de un medicamento, uso de otros medicamentos y sus reacciones adversas, etc.). O al momento de dar alta hospitalaria, considerar si el paciente vive solo, en qué piso, si hay cuidadora o si alguien lo asistirá, qué tipo de problemas familiares existen, con quiénes convive, etc... (4).

### ***Relación médico-paciente***

Cabe al médico informar al paciente sus derechos, traduciendo en su conducta respeto y consideración (11). En ocasiones podrá existir desacuerdo en una alternativa diagnóstica y/o terapéutica tomada. Si el médico cree que el paciente ha hecho una elección inadecuada por falta de conocimiento e información, éste está obligado a ofrecerle una información más completa y actualizada. Si le parece que el individuo carece de capacidad mental suficiente para en-

tender la información y relevancia del problema médico, se debe solicitar un apoderado para proteger y asesorar al paciente o para que tome decisiones por él. Sin embargo, un paciente competente puede en cualquier momento abandonar el tratamiento, mas jamás el médico podrá abandonar al paciente (8, 14).

A pesar de todo, el médico no tiene la obligación de prescribir el tratamiento elegido por el paciente, si no está de acuerdo con él, aunque se trate de un paciente competente. Si no es posible resolver las discrepancias, el médico se podrá retirar del caso, después de examinar los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica, el derecho del paciente a la autodeterminación y el cumplimiento del médico de las normas sobre la práctica y la integridad profesional. Si el médico decide retirarse, deberá notificar al paciente, remitiéndolo a otro médico o dándole un tiempo para que éste busque otro médico (8).

El escuchar es una necesidad ética, pues reconoce la autonomía del paciente. Escuchar al paciente favorece la relación y le da confianza. Cuando es realizado en forma sensible y empática, este tiempo es frecuentemente mínimo.

En Geriátría el anciano muchas veces acude con un "listado de quejas". El permitir que las relate y las aclare le hacen sentirse considerado. Además, como ocurre con frecuencia, no siempre la queja principal es el motivo de consulta. A través de la anamnesis podemos diagnosticar la mayoría de las patologías, previo al examen físico...y nos permite conocer a la persona enferma (9).

### ***Edad como factor que influye en la toma de decisiones médicas***

Como hemos visto, existe un rápido crecimiento de la población anciana, la cual demanda mayores recursos financieros en el área de salud. El racionamiento de estos re-



cursos guiados por el factor edad no es problema frívolo y crea grandes debates y foros a nivel público (8, 14). El factor edad para discriminar al anciano sólo puede considerarse desde dos puntos de vista: cronológico y no racional. Ninguno de ellos es éticamente correcto (5).

Como demuestran los trabajos sobre envejecimiento, la edad no es más que un mero marcador de tiempo y no necesariamente de envejecimiento. A pesar que el envejecimiento puede producir desafíos clínicos, poco se puede argumentar científicamente de que el anciano disminuye sus capacidades a tal punto de provocar una discriminación. El anciano mantiene sus necesidades y capacidades, lo que lo torna con derechos como cualquier individuo y paciente. Aún así se somete al anciano a injusticia de apreciación clínica, impidiendo o limitando su acceso a evaluaciones o terapias que le podrían traer beneficio (5, 14).

En general, aún se priva a los ancianos de tener acceso a tratamientos que mejorarían su calidad de vida y/o la prolongarían. Incluso, como reflejo de ello, recién se están incluyendo ancianos en protocolos de investigación. Hasta hace muy poco, la mayoría de los tratamientos y de los medicamentos no se ensayaban en ancianos, por lo que los médicos argüían que no había evidencia científica de su eficacia a esa edad para indicarlos. Las características de la cronicidad de varias patologías, sumada a la disminución de la reserva fisiológica, eran factores que determinaban que los ancianos no tolerarían o no responderían a los métodos en estudio (8).

Desde un punto de vista social y político, los argumentos para el racionamiento de recursos de salud en esta edad se basan en que es la última etapa de la vida, que no son productivos y que no intervendrán en el futuro. O sea, no tienen papel social ni son responsables de su salud, como lo sería cualquier mortal humano en etapa más joven (8).

### ***Capacidad de decisión***

Es la determinación clínica de la capacidad de un paciente para tomar decisiones acerca de intervenciones terapéuticas u otras acciones relacionadas con su salud. La capacidad está determinada por el médico o, mejor aún, por el equipo de evaluación. La capacidad está relacionada con la memoria, pero no se pierde por disminución de ésta (5).

Una persona tiene capacidad de decisión si ella entiende su condición de salud; puede considerar los beneficios, los costos y los riesgos de las diferentes opciones de diagnóstico y/o tratamiento; puede evaluar las consecuencias de un tratamiento contra sus preferencias y valores; puede tomar una decisión que es consistente en el tiempo, y puede comunicar ésta a otros.

Muchos ancianos pueden tomar algunas decisiones, pero no otras. Esta situación se denomina decisión específica. Quizás puede ser capaz de elegir entre alternativas benignas y que tengan pocas consecuencias serias, pero quizás no sea capaz de evaluar y elegir alternativas que amenazan su vida. La llamada capacidad parcial es cuando un paciente tiene la capacidad disminuida o fluctuante y puede ser colaborado en su ejercicio de decisiones autónomas. Pacientes con pérdida de memoria a corto plazo pueden ser todavía capaces de juzgar la propiedad de una intervención sugerida, especialmente si ellos muestran un padrón de elección estable a largo plazo. Pero, si los pacientes deben retener la información para elegir entre varias opciones, la pérdida de memoria a corto plazo es relevante. Si un paciente autónomo en sus decisiones es considerado incapaz por su médico, el paciente debe ser protegido de riesgo por éste, especialmente en situaciones agudas. En este sentido, el efecto de la enfermedad, de los medicamentos o de alguna complicación post-tratamiento puede excluir al paciente de la discusión de sus opciones terapéuticas (5).

## **Competencia**

Competencia es una designación ética y legal mediante la cual se reconoce que una persona tiene la capacidad cognitiva para negociar ciertas acciones o actitudes legales. El concepto de competencia refleja una determinación social que incluye o excluye ciertas personas de toda participación y, por lo tanto, no refleja una evaluación dirigida a las capacidades o discapacidades de un individuo. De este concepto se determina la posibilidad de incompetencia. Ésta sólo puede ser determinada por la Justicia, asignándose un apoderado legal. Esta persona no siempre conoce los valores y costumbres del anciano, por lo que es factible que no refleje la voluntad del enfermo (5, 14). Un individuo muy desorientado puede tener períodos durante los que cumpla esas condiciones generales y, por tanto, puede ser considerado competente para la toma de decisiones particulares. En contraste, un anciano institucionalizado puede mostrarse sociable y agradable, realizar sus actividades de la vida diaria, pero sufrir un trastorno cognitivo que dificulte su comprensión, hasta el punto de incapacitarlo para que tome determinaciones a futuro (5).

Un paciente declarado legalmente incompetente puede ser competente o incompetente para hacer una elección particular, al igual que otro considerado legalmente competente. En esta situación, se debe revisar con el apoderado y considerar la decisión del paciente. El médico actuará con autoridad ética y el apoderado con autoridad legal. Si existe discrepancia entre médico y tutor, se podrá acudir al Comité de Ética y a instancias legales (5). El desacuerdo del médico con la decisión del paciente no demuestra *per se* la incompetencia del paciente. Factores biológicos que influyen sobre la recepción, comprensión y expresión de la información recibida son el propio envejecimiento, patologías agudas y crónicas, medicamentos. Los factores sociales (p.ej. la escolaridad,

el alfabetismo) pueden afectar la comprensión de la información. Los factores emocionales (la depresión y la ansiedad) no vuelven incompetente a un individuo, pero pueden afectar en forma seria su capacidad de juicio (5).

## **Documento informado**

Es el mal llamado *Consentimiento Informado*. Este documento exige: 1) el médico debe revelar íntegramente la información sobre las pruebas diagnósticas y tratamientos al paciente, las alternativas de éstas si fueran rechazadas y su riesgo/beneficio. 2) el médico debe asegurarse que el paciente haya entendido todo. Si es necesario, solicitar una persona de su confianza para que le explique y sea testigo de esta información. 3) el paciente debe tener la opción de pensar, analizar y discutir con sus familiares o acompañantes antes de decidir (4, 5, 8).

Cuando un paciente rechaza una indicación médica razonable, es necesario valorar nuevamente toda la situación, prestando atención a los componentes del Documento Informado (información y entendimiento, barrera de comunicación, y libertad de elección.) No olvidemos que este documento es dinámico y debe ser realizado en cada oportunidad que así lo amerite. Ante una situación de emergencia en la cual no se pueda contar con la voluntad del paciente, los médicos deben proveer todas las medidas correspondientes para preservar la vida del enfermo. Si posteriormente se descubrieran las preferencias del paciente, se puede modificar o retirar el tratamiento.

## **Incompetencia mental**

Si el paciente es mentalmente incompetente, la decisión debe tomarla un apoderado, junto con una evaluación interdisciplinaria. La decisión se tomará sobre la base de la severidad del problema clínico, el estilo de vida previo del paciente y las preferencias desea-

das previamente del paciente. Si es requerido, se llevará ante un Comité de Ética Médica (8). La mayoría de los pacientes se muestran competentes en la consulta médica. La dificultad aparece cuando un familiar duda sobre la competencia del paciente y el examen médico normal no detecta alteración de ésta. Se debe revisar patologías y tratamientos medicamentosos del paciente, para eliminar posibilidades de incompetencia temporal y/o reversibles. Es el caso de las depresiones, de estados confusionales agudos y uso de sedantes. En un paciente sin alteraciones cognitivas, rara vez una depresión puede afectar su competencia mental.

### ***Institucionalización***

El principio de autonomía le permite al paciente decidir si se institucionaliza o no. Frecuentemente los médicos y/o familiares toman estas decisiones de institucionalización sin consultar al paciente; o aún sobre la objeción del paciente. El paciente debe decidir dónde vivir y de la necesidad de sus cuidados médicos. Aun sabiendo que los cuidados necesarios para su salud no sean suficientes, el paciente tiene la opción de permanecer en su hogar. Estas situaciones se dan al alta hospitalaria, donde el paciente opta por volver a casa, sabiendo que significa un mayor riesgo, inclusive la posibilidad de muerte. Si el paciente es competente y acepta las consecuencias, la elección es legal y éticamente correcta (4, 5, 8).

Es importante considerar los aspectos legales, económicos, prácticos y de calidad de vida del paciente que no siempre concuerdan con los de la familia. Por otro lado, a veces el paciente está más protegido en una institución que en su hogar, desde el punto de vista de los cuidados médicos y sociales.

El paciente puede entrar en conflicto con los intereses de la familia o de los cuidadores que no le pueden ofrecer un cuidado adecuado. O aún más, la permanencia del anciano en casa de un familiar trae consigo di-

ficultades de relación. Las instituciones de ancianos varían en calidad de atención. No es raro el abuso y negligencia de los cuidados médicos. Generalmente son pacientes demenciados o dependientes, vulnerables al maltrato. Lamentablemente no existe un control sanitario eficiente para estas instituciones.

Muchas veces ingresan pacientes terminales a los que se les impone tratamientos fútiles. Las instituciones tienen miedo de las demandas legales. Por ello se recomienda que siempre se hable con el paciente y apoderado a su ingreso, evitando tomar decisiones al momento de la emergencia. En ellas se incluye el no resucitar. Estas decisiones deben ser evaluadas periódicamente.

### ***Asignación de recursos***

Desafortunadamente la asignación de recursos es insuficiente para la población general; más aún para la población anciana. Y, peor aún, ha sido traspasada al médico la decisión de la distribución de estos recursos (4, 5, 6, 7, 8). Se compite por la accesibilidad a estos recursos, dando prioridad a la población económicamente activa. Por ello se habla de "resolutividad", indicando un afán curativo. Se olvida el concepto preventivo, el cual es uno de los pilares de apoyo sanitario para el anciano. Para una atención de calidad debe existir accesibilidad, equidad y eficacia de estos recursos. Aquí es donde se observa con frecuencia la aplicación del preconcepto del *viejismo*. Va en contra del principio de justicia.

Por otro lado la necesidad de controlar gastos para obtener una distribución más equitativa va a favor de una justicia social (conmutiva). El no aplicar recursos existentes, si bien muy limitados, se traduce a veces en demandas legales (5).

En general se evitan los tratamientos costosos y a largo plazo si la calidad de vida está muy limitada o, simplemente el paciente los niega (8). Por otro lado, esta situación

puede ser discriminatoria al considerar al anciano como no productivo o mentalmente incompetente. La calidad de vida la determina el paciente por sus valores y costumbres. La mejor conducta es la que considera la protección al paciente (5) .

Se recomienda que una vez determinada la prioridad del uso de un recurso se debe evaluar: 1) qué es mejor para la sociedad 2) cuál es el criterio objetivo de indicación, lo que evita el vejeísmo, 3) que todos tengan la misma oportunidad de acceso. Una vez decidida la indicación, no podemos garantizar que ésta sea efectiva. Por lo tanto, un proceso justo asegura siempre el bien teniendo en cuenta los escasos recursos. Finalmente, tal como un procedimiento médico no garantiza un resultado positivo, la correcta aplicación de la decisión ética tampoco garantiza un resultado satisfactorio (8) .

### Consideraciones finales

El envejecimiento poblacional y el proceso de envejecimiento, asociados a los procesos patológicos, se ven afectados por la Medicina Científica y el Imperativo Tecnológico. La Bioética se muestra como una respuesta contemporánea a la protección cada vez más necesaria del paciente anciano, orientándonos en la toma de decisiones y otras conductas médicas.

Actualmente existen conductas éticas perfectamente reconocidas, tales como: a) la implementación de cualquier recomendación médica corresponde al paciente; b) si no se conocen los deseos de un paciente en una situación de emergencia, siempre debe actuarse para preservar la vida del enfermo; c) no resulta ético ofrecer un tratamiento médicamente fútil (8) .

Como recomendación general creemos que es necesario actuar con base en los derechos del paciente, aplicando los principios bioéticos. La toma de decisión está determinada por la autonomía del paciente, orientada por su individualidad bio-psico-social,

considerando el proceso de envejecimiento, su enfermedad y su calidad de vida.

Siempre se debe actuar basado en la preservación de la vida (principio de beneficencia) y el alivio del sufrimiento (principio de no maleficencia), ofreciendo los recursos sanitarios necesarios para su diagnóstico y tratamiento (principio de justicia). Considerados los aspectos arriba señalados, será el paciente quien tome la decisión de aceptar o no la conducta médica (principio de autonomía). De esta manera, nosotros estaremos realizando una práctica médica geriátrica basada en la bioética.

### Referencias

1. Ministerio de Salud. Secretaría Regional Ministerial. Unidad de Estadística e Informática. *Anuario Estadístico*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1998.
2. Ministerio de Planificación y Cooperación. *Adultos Mayores y Personas con Discapacidad: antecedentes Según Censo 1992, documento Social N° 52*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación y Cooperación; 1996.
3. Hayflick L. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus; 1996.
4. Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4ª ed. Londres: Churchill Livingstone; 1993.
5. William B. Berkow A, Berkow R. Temas Éticos. In: Lila T. McConnell LJ, Moreno JD.(eds). *El Manual Merck de Geriátría*. Barcelona: Doyma; 1992. p. 4-98.
6. Lonergan ET. Ethics. In: Bernard LO.(ed). *Geriatrics: a Lange clinical manual* . 15 ed. Londres: Appleton & Lange; 1996. p.38.
7. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of Clinical Geriatrics: ethical Issues in Nursing Home Care*. Third ed. San Francisco: McGraw-Hill; 1994.
8. Richard H, Philip DS. *Atención Primaria en Geriátría: casos clínicos*. 2º ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
9. Forciea MA, Lavizzo-Mourey R. *Geriatric*

- Secrets*. . Philadelphia: Hanley & Belfus; 1996.
10. Siquiera De JE. Desafíos éticos de la medicina de alta tecnología. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* 1997; 4: 105-21.
  11. Kottow MH. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Universitaria; 1995.
  12. Gracia Guillén D. Ética de la calidad de vida. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* 1996; 2: 31-40.
  13. Sulmasy DP. Muerte y dignidad humana. *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* 1997; 4: 171-88.
  14. Drane JF. *El Cuidado del Enfermo Terminal: ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios*. Publicación Científica No. 573. Washington DC: OPS; 1999.
  15. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioética: cuidados paliativos y Bioética* 2000; 1: 88-101.



# SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES

Martha B. Peláez\*

Marcela Ferrer Lues\*\*

## Resumen

Destacando que la necesidad de proteger los derechos humanos de los adultos mayores no ha sido reconocida por la comunidad internacional, el trabajo analiza la discriminación en razón de la edad que pueden sufrir los adultos mayores. Se abordan las dimensiones de salud, laboral y de las transferencias intergeneracionales como las tres áreas donde puede apreciarse tal discriminación, distinguiendo la vulnerabilidad en razón de la edad, de la vulnerabilidad que obedece a otros factores, tales como el género, la raza, la etnia o el estrato socioeconómico. La discriminación por edad se expresa en un conjunto de acciones u omisiones que tienden a tratar al individuo o a una colectividad con estándares inferiores en razón exclusiva de la edad. Se muestra que la discriminación por edad no actúa aislada, sino que actúa conjuntamente con otros factores, aumentando el riesgo de vulnerabilidad y potenciando la discriminación. Es el caso, por ejemplo, de la salud, el género y las desigualdades económicas asociadas a la discriminación por edad. Para concluir, se sugiere una serie de lineamientos de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades relacionadas con la edad y construir una sociedad justa

## Abstract

### Public health and the human rights of the elderly

By underlying the fact that the need to protect the human rights of the elderly has not yet been recognized by the international community, this paper analyses the discrimination older people may suffer because of age. Health, work and intergenerational transferences are addressed as the three areas where such a discrimination may be perceived; we distinguish vulnerability by reason of age from vulnerability due to other factors, such as gender, race, ethnic minority or socioeconomic status. Discrimination by reason of age is expressed through a number of actions or omissions aimed at treating individuals or collectivities under lower standards only because of age. It is evident that discrimination due to age does not act in isolation but in conjunction with other factors, thus increasing the risk of vulnerability and discrimination. It is the case, for instance, of health, gender and economic inequalities associated to discrimination by reason of age.

As a conclusion we suggest a series of guidelines for public policies oriented to the reduction of above mentioned inequities

---

\* Ph. D. en Filosofía, Universidad de Tulane, New Orleans, USA. Asesora Regional en Envejecimiento y Salud, Programa de la Salud de la Familia y la Población, División de Promoción y Protección a la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

**Correspondencia:** [pelaezma@paho.org](mailto:pelaezma@paho.org)

\*\* Investigadora del Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile.

**Correspondencia:** [marcela.ferrerlues@utoronto.ca](mailto:marcela.ferrerlues@utoronto.ca)

que contribuya al desarrollo considerando las necesidades y potencialidades de cada ser humano.

**PALABRAS CLAVE:** Envejecimiento; Derechos Humanos; discriminación por edad; equidad; vulnerabilidad.

and the construction of a fair society. A society that promotes development while taking into consideration the needs and potentialities of every human being.

**KEY WORDS:** Ageing; human rights; discrimination by age; equity; vulnerability.



## Resumo

### Saúde pública e os direitos dos idosos

Levando-se que conta o não reconhecimento da comunidade internacional sobre os direitos dos anciãos, esse trabalho analisa a discriminação que em razão da idade sofrem os idosos.

São enfocadas as dimensões da saúde, profissional e intergeracionais com as três áreas onde são mais evidentes a discriminação. Distingue-se, outrossim, a vulnerabilidade relativa à idade e outros fatores, tais como, o gênero, a raça, a etnia ou o estrato sócioeconômico. A discriminação pela idade se expressa através de ações e omissões que impõem aos sujeitos padrões inferiores de atenção calcadas exclusivamente na maior idade. Fica evidente que a discriminação pela idade não age isoladamente, mas em conjunto com outros fatores que aumentam o risco de vulnerabilidade dos idosos. É o caso, por exemplo, da saúde, o gênero e as desigualdades sócioeconômicas.

Em conclusão sugere-se alguns procedimentos de políticas públicas orientadas a reduzir as iniquidades apontadas na busca da construção de uma sociedade justa e desenvolvida considerando as necessidades e potenciais de cada ser humano.

**PALAVRAS CHAVES:** Envelhecimento; Direitos Humanos; discriminação por idade; equidade; vulnerabilidade.

## Résumé

### La santé publique et les droits des patients du troisième âge

L'étude analyse la discrimination dont font l'objet les personnes âgées en fonction de leur âge, sachant que la protection de leurs droits n'a pas été reconnue par la communauté internationale comme un impératif.

Ces discriminations sont observées dans les domaines de la santé, du monde du travail et des transferts entre les générations. L'accent est mis sur la vulnérabilité en raison de l'âge, mais également pour d'autres facteurs, tels que le sexe, la race, l'ethnie, ou le statut socio-économique.

La discrimination par âge se manifeste à travers un ensemble d'actions ou d'omissions visant à considérer l'individu ou la collectivité avec des normes de qualité inférieure, en raison de leur âge uniquement. La discrimination par âge n'est pas un facteur isolé. Elle agit en corollaire avec d'autres facteurs, augmentant ainsi le risque de vulnérabilité et accroissant la discrimination. C'est le cas par exemple de la santé, du sexe et des inégalités économiques, liées à la discrimination par âge.

En conclusion, l'auteur conseille de prendre toute une série de mesures de politique publique visant à réduire les inégalités en fonction de l'âge et à construire une société juste qui contribue au développement, en tenant compte des besoins et potentialités de chaque être humain.

**MOTS CLÉS :** vieillissement, droits de l'homme, discrimination par âge, équité, vulnérabilité.

## Introducción

Este documento aborda el tema de los derechos humanos de las personas mayores, entendiéndolo como parte de la reflexión general sobre los derechos humanos. La comunidad internacional reconoce dos categorías de derechos humanos: los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales (1). Estos derechos se derivan de supuestos básicos sobre el significado del ser humano y se aplican a todas las personas, independientemente de quiénes sean o dónde vivan. Junto a ello, la comunidad internacional ha reconocido explícitamente los derechos humanos de grupos vulnerables específicos, tales como las mujeres o los niños. Sin embargo, la necesidad de proteger los derechos humanos de los individuos en razón de la edad no ha recibido la misma atención.

*La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, sancionada hace más de 50 años, reconoció el derecho a un nivel de vida adecuado y a contar con un seguro en situaciones de privación ajenas a la voluntad, entre ellas la vejez:

*«Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad»* (artículo 25, inciso 1).

*El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de 1966 entrega el artículo más comprehensivo sobre el derecho a la salud en una ley internacional sobre derechos humanos. De acuerdo a este Pacto:

*“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud*

*física y mental”* (artículo 12, inciso 1).

En ambos documentos no se reconocen explícitamente los derechos humanos de los adultos mayores, probablemente porque en el tiempo en que se redactaron el fenómeno del envejecimiento no había alcanzado las dimensiones actuales. Años más tarde, la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento efectuada en Viena en 1982 aprobó el *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*. Este el primer instrumento de política a nivel mundial para abordar las consecuencias y el impacto del envejecimiento en la vida de las personas y de las sociedades. El Plan establece 62 recomendaciones para adoptar medidas a nivel nacional que incorporen el envejecimiento en los planes y programas nacionales e internacionales de desarrollo.

El Plan de Acción no reconoce derechos humanos específicos de los adultos mayores. Sin embargo, reconoce el derecho a trabajar, a la jubilación y a la educación. El documento tampoco reconoce específicamente el derecho a la salud de los adultos mayores. No obstante, el ejercicio del derecho a la salud es interdependiente con muchos de los derechos sociales y económicos. Por ejemplo, no sólo la alimentación y el abrigo son determinantes sociales de la salud: la salud es, en muchos casos, una condición para que los individuos estén en capacidades de tener alimentos, nutrición y una vivienda segura. Una revisión de la *Declaración Universal sobre los Derechos Humanos* muestra que casi todos los derechos y libertades incluidos son a la vez componentes y determinantes de la salud.

En la primera parte de este documento abordamos la dimensión de salud, laboral y de las transferencias intergeneracionales de los adultos mayores en la Región como las tres áreas donde puede apreciarse la discriminación en razón de la edad, distinguiendo la vulnerabilidad de los adultos mayores en razón de su edad, de la vulnerabilidad de las personas debido a otros factores, tales como

el género, la raza, la etnia o el estrato socioeconómico. En la segunda parte sugerimos políticas públicas para mejorar la situación de los mayores y promover una mayor inclusión social de este grupo etario.

### **Diferenciación y discriminación por edad**

El envejecimiento es un proceso natural y la longevidad es un objetivo natural y deseable en cualquier sociedad. El envejecimiento es también un factor de riesgo para la disminución de la salud y de la funcionalidad. La acumulación de las características normales del envejecimiento define un umbral, el cual una vez traspasado, tiende a aumentar la propensión a la pérdida de las capacidades funcionales debido a la edad. Sin embargo, no toda la gente envejece de la misma manera. Está bien documentado que la calidad de vida y la funcionalidad en la vejez están relacionadas con las características personales y el estilo de vida, los recursos de la sociedad y el medio ambiente al que se está expuesto.

En la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en cinco ciudades de la Región, se aprecia que la mayoría de las personas de 60 años y más consideran que su salud no es buena y expresan no tener lo suficiente para satisfacer sus necesidades básicas del vivir diario. Si la utilización de la auto-percepción de la salud es un indicador significativo para medir la calidad de vida de los mayores, podríamos conjeturar que si los mayores en Bridgetown, La Habana, México, Santiago y Sao Paulo consideran que su salud no es buena, debemos indagar sobre otros indicadores que reflejen la iniquidad en salud en las personas mayores.

¿Es la auto-evaluación de salud una medida significativa para evaluar la calidad de vida de los mayores? A pesar de que el uso de evaluaciones de salud reportadas por cada individuo como una forma relativamente rápida, simple y de bajo costo de medir el es-

tado de salud, es de bastante antigüedad, sólo recientemente se ha recopilado la evidencia suficiente para apoyar de manera convincente la idea de que las auto-evaluaciones de salud no son construcciones puramente imaginarias, no relacionadas a condiciones reales de salud. De hecho, en los últimos 15 años muchos estudios han demostrado que los individuos que reportan condiciones de salud escasa o pobre tienen riesgos de mortalidad consistentemente más altos que aquellos que reportan mejor salud. Esto ocurre aun después de controlar por un número de condiciones convencionalmente consideradas buenos predictores de la mortalidad. Por lo tanto, las auto-evaluaciones de salud son más que percepciones individualmente distorsionadas del estado de salud. Es más, se ha sugerido que la auto-evaluación del estado de salud es un buen indicador de propiedades o dimensiones latentes que son subyacentes a diferentes condiciones adversas de salud, tal como el estado físico y mental, así como un número de factores antecedentes del estado de salud, incluyendo depresión y estrés. La auto-evaluación de la salud también rescata la presencia de deterioros reales de salud que podrán estar o no bajo control o tratamiento. En conjunto, la relación entre la auto-evaluación y el conjunto de factores descritos anteriormente puede explicar por qué en una primera revisión de 27 estudios mundiales, se encontró que en 23 de ellos, la auto-evaluación de salud tuvo un efecto significativo sobre la mortalidad esperada, con los riesgos relativos asociados con la peor auto-evaluación relativa a la mejor cayendo dentro de un rango de 1,5-3,0. En un segundo análisis de 19 estudios publicados más recientemente, se encontró que la auto-evaluación de salud predecía bien la mortalidad en 17 de ellos, con los riesgos relativos cayendo dentro de un rango de 1,5 y 2,0.

En esta situación cabe preguntarse cuánto de la condición de los adultos mayores obedece a las condiciones de iniquidad de las sociedades, cuánto a hábitos pocos salu-

dables y cuánto al hecho de que por su edad son discriminados o mal atendidos por los servicios de salud y excluidos de los beneficios económicos del mercado laboral. En otras palabras, nos preguntamos si las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores son el resultado de que están expuestos a prácticas discriminatorias o injustas en razón de su edad o en razón de condiciones que actúan independientemente de su edad. Evidentemente, la discriminación y las iniquidades por otros factores puede ser acentuadas por la edad, configurando una situación donde la edad y las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas actúan sinérgicamente, impidiendo que los adultos mayores puedan hacer un ejercicio pleno de sus derechos humanos.

Para poder responder a la pregunta acerca de cuándo la edad es objeto de prácticas discriminatorias e injustas en una sociedad determinada, es necesario identificar cuáles son los indicadores que muestran prácticas inequitativas e injustas basadas en la edad.

Definimos equidad en su noción de justicia, diferenciándola del concepto de igualdad. La iniquidad alude a la existencia de desigualdades innecesarias, evitables e injustas, que se originan en condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales diferenciales (2). La evitabilidad, la necesidad y, especialmente, la justicia, sitúan al concepto de equidad en una dimensión moral y ética, que puede llevar a definiciones distintas sobre lo que debiera considerarse como “equitativo” o, en otras palabras, “justo”.

Definimos discriminación por edad, en distinción al concepto de diferenciación por edad, al conjunto de acciones u omisiones que tienden a tratar al individuo o a una colectividad con estándares inferiores en comparación con otros que no son miembros de esa colectividad definida en función de la edad.

¿Qué necesitaríamos observar en las per-

sonas que han cumplido 60 años o más para decir que hay iniquidades y/o discriminación por edad que en diferentes casos se suma a otras iniquidades relativas al género y al nivel socioeconómico del individuo?

Necesitamos distinguir entre la discriminación que surge del efecto de la “cohorte”, de aquella otra discriminación que puede estar relacionada a otros factores que las personas de 60 años y más comparten con otros grupos de la población. Adicionalmente, necesitamos distinguir las desigualdades presentes en la cohorte de mayores, que son al mismo tiempo innecesarias, evitables e injustas. Por ejemplo, el estilo de vida que los individuos adoptan a una edad temprana puede obedecer a distintas situaciones: una elección individual; una falta de información o de recursos; variaciones naturales o biológicas que no son causadas por acciones discriminatorias o injustas. Es decir, se trata de identificar, por una parte, cuáles son las desigualdades «evitables, innecesarias e injustas» en el acceso y la utilización de bienes y servicios esenciales para garantizar los derechos humanos básicos de los adultos mayores y, por otra, cuáles de estas desigualdades son producto de una discriminación implícita o explícita atribuibles a la edad.

Los indicadores más importantes para explorar el tema de la discriminación por edad son: el estado de salud, la participación en la fuerza de trabajo y las transferencias intergeneracionales. La *dimensión de salud* es una función de las condiciones que determinan el estado de salud de las personas mayores y el acceso y utilización de los servicios de salud. La *dimensión laboral* se refiere a la dinámica de la participación en la fuerza de trabajo de los adultos mayores, su edad y perfil educacional, como también su distribución por sector económico. La *dimensión de las transferencias intergeneracionales* se refiere a las transferencias institucionalizadas, tales como el sistema de pensiones, como también a los in-

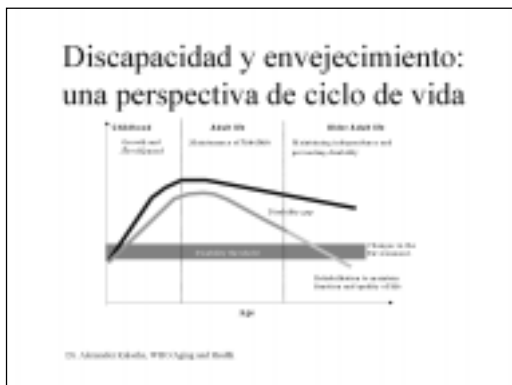
tercambios formales e informales entre los miembros de la familia.

Es posible ponderar estas dimensiones para producir indicadores integrados de la discriminación y la iniquidad relativa al envejecimiento en los países en desarrollo. Estos indicadores permitirían una evaluación formal de las medidas de protección que se necesitan para garantizar que los adultos mayores tengan un acceso justo a los bienes y servicios básicos, y para promover la asignación de recursos orientados a la protección de los derechos humanos básicos de los adultos mayores.

### La dimensión de salud

A pesar de la importancia actual y futura que tiene la población de 60 y más años en los países de la Región, los actuales servicios de salud no tienen una política de reorientación de los servicios para la promoción, la prevención y la atención de salud de los mayores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone focalizar las intervenciones en salud pública durante el curso de la vida (figura 1) (3). Las intervenciones en los pri-



meros años de vida están destinadas a asegurar el desarrollo de la más alta capacidad funcional posible. Las intervenciones en la vida adulta están destinadas a retrasar la disminución de la funcionalidad. Para los adultos mayores que están por encima del umbral de la discapacidad, las intervenciones deben estar dirigidas a prevenir la pérdida de

funcionalidad debido a causas evitables, como la malnutrición, caídas, enfermedades del corazón y reumatismo o artritis; enfermedades cerebrovasculares, diabetes, dificultades visuales, depresión, enfermedades malignas u osteoporosis. Finalmente, para quienes están por debajo del umbral de la discapacidad, las intervenciones deben estar dirigidas a reparar la pérdida de funcionalidad y, cuando ya no es posible, asegurar la calidad de vida dentro de los límites impuestos por la discapacidad.

La mayor vulnerabilidad de los adultos mayores a los problemas de salud se traduce en que se requieren recursos humanos, tecnológicos y materiales diferenciados y apropiados para el cuidado de la salud, en una etapa de la vida en que las enfermedades tienden a ser crónicas y no agudas. La distribución de los recursos de salud y las barreras para acceder a ellos varían enormemente en los países de la Región. La decisión sobre la asignación de recursos de la salud pública para la prevención de la disfuncionalidad y la discapacidad es un importante tema de justicia distributiva relacionado con la salud pública y el envejecimiento.

Los siguientes indicadores pueden servir de guía para la identificación de aquellas situaciones en las cuales se nota negligencia política o social y que por consecuencia tienden a discriminar contra la salud de los adultos mayores.

### Indicadores de salud y bienestar

La promoción de la salud en los adultos mayores empieza con el proceso de empoderamiento para: a) la participación activa en el auto-cuidado, b) la toma de decisiones sobre cambios de comportamiento, y c) demandar calidad de atención. Esencial para el empoderamiento de los mayores es que reciban información oportuna sobre prevención y manejo de factores de riesgo de enfermedades relacionadas con la edad, como información sobre el buen manejo de los medicamentos que está tomando. Una

tercera parte de los adultos mayores de la Región no saben leer ni escribir y otra tercera parte tienen bajos niveles de educación. Por lo tanto, la educación en salud y la promoción de una cultura de auto-cuidado son elementos tan básicos para los adultos mayores como la alfabetización. Además, las siguientes preguntas son esenciales para empezar un análisis de la situación de los mayores y del nivel de inclusión que los mismos tienen en la agenda de salud pública del país:

- ¿Existe una campaña o programa de alfabetización en salud para los adultos mayores?
- ¿Existe malnutrición en los adultos mayores?
- ¿Llevan los adultos mayores vidas activas y participan en actividades físicas rigurosas?
- ¿Se sienten los adultos mayores satisfechos con la vida?
- ¿Cuál es la prevalencia de deterioro y discapacidad que no es justificable dentro de las expectativas de un envejecimiento digno y activo?

### ***Indicadores de calidad de atención***

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento. Esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Hay enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, la que aumenta su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad. Los indicadores de calidad de atención para los adultos mayores deben demostrar el nivel de preparación que existe en una comunidad para prevenir y posponer las enfermedades que están más relacionadas con los adultos mayores, como aquellas que aumentan en función de la edad. Por lo tanto, se deben identificar los siguien-

tes indicadores para medir el nivel de inclusión que tiene la salud de los adultos mayores en la programación de salud pública de una comunidad:

- ¿Está el personal de atención primaria capacitado para la promoción, prevención y atención a la salud de los adultos y las adultas mayores?
- ¿Se han adoptado guías y lineamientos de atención para posponer las discapacidades relacionadas con la edad en todos los niveles de atención?
- ¿Se incluye la participación de los adultos mayores en la toma de decisiones y en la evaluación de los servicios de salud?
- ¿Hay un presupuesto nacional y privado para invertir en tecnología de bajo costo y en medicamentos esenciales para el control de las enfermedades comunes en los adultos mayores?
- ¿Hay un presupuesto nacional y privado para investigaciones multidisciplinarias sobre el envejecimiento de la población?

La inversión necesaria para preparar al Estado y a la comunidad para el envejecimiento de la población es actualmente relativamente modesta si se considera que en los próximos 20 años esta población aumentará fuertemente en todos los países de la Región. Sin embargo, es necesario empezar con una inversión adecuada ahora, cuando todavía el porcentaje de personas mayores es relativamente bajo.

### ***Indicadores de acceso a los servicios de salud***

La privatización y la descentralización de los servicios de salud tienden a enfocar las prioridades de salud pública en base al costo-efectividad de sus acciones y no necesariamente con la justicia distributiva de los recursos de salud. La justicia distributiva exige que las personas reciban de acuerdo a sus necesidades y que las desigualdades fa-

vorezcan a los más necesitados. ¿Cómo responde la política pública de salud a las necesidades de los adultos mayores con respecto a la cobertura y la accesibilidad de servicios apropiados de salud? Las siguientes preguntas permiten evaluar el nivel de acceso que tienen los mayores a una atención apropiada a los servicios de salud:

- ¿Discriminan los seguros de salud en contra de las personas mayores?
- ¿Hay acceso físico y económico a los servicios de promoción, prevención y atención a la salud incluyendo acceso a las tecnologías y medicamentos esenciales?
- ¿Hay acceso físico y económico a residencias de mayores y otros servicios comunitarios de atención a largo plazo?
- ¿El Estado se responsabiliza por registrar, reglamentar y monitorear los servicios y las viviendas de largo plazo para los adultos mayores discapacitados?
- ¿Existe una entidad gubernamental o no gubernamental que investiga y penaliza el abuso, maltrato y negligencia en contra de las personas mayores discapacitadas?

Si logramos utilizar no sólo indicadores de recursos sino también indicadores de impacto, estaríamos en mejores condiciones de documentar, entender y evaluar el rol de la salud pública y el envejecimiento en las sociedades en desarrollo. Más aún, se contaría con la capacidad para implementar estrategias prácticas destinadas a mejorar la calidad vida de los adultos mayores.

### **La dimensión económica: participación en la fuerza de trabajo**

Los países de la Región están, en su conjunto, caracterizados por insuficientes tasas de crecimiento del producto interno bruto per cápita y elevados niveles de desempleo; parte importante del presupuesto nacional está al servicio de la deuda externa; hay un incremento en las disparidades de la distribución del bienestar y una disminución de

nuevas inversiones en infraestructura y depreciación del capital. Todas estas condiciones macroeconómicas tienen importantes consecuencias en el nivel individual.

Gran parte de la población ha experimentado un decrecimiento sustancial en su ingreso real, una disminución de su acceso a los servicios de atención de salud y una disminución de su capacidad para demandar recursos públicos para la jubilación y la asistencia social (3). Los adultos mayores y los niños son los grupos más vulnerables a los impactos de estas tendencias.

La mayoría de los adultos mayores están inhabilitados para trabajar, ya sea por razones de edad o de discapacidad, y dependen del apoyo público como su fuente de ingreso, normalmente en la forma de beneficios gubernamentales provenientes de la seguridad social, subsidios, o ingresos monetarios provenientes de fondos de pensiones privados o semi-privados. Durante la última década, los adultos mayores han visto reducidos sus beneficios, ya sea por la vía de reajustes por debajo de la inflación o por la reducción de otros servicios.

Frente a estas tendencias, los adultos mayores tienen sólo dos posibles fuentes de ingreso. Una de ellas es el apoyo de las familias a través de compartir la vivienda o del intercambio regular de bienes y servicios. Esta opción es menos viable en la actualidad, debido a los cambios en la estructura de la familia, el incremento de la migración y la urbanización. La otra fuente de ingreso es continuar trabajando, ya sea en el sector formal o informal, sin posibilidades de jubilar y sin tener en cuenta el nivel de su capacidad funcional, el grado de estrés o el trabajar en ambientes poco saludables.

En resumen, el continuo deterioro del sistema público de pensiones (incluso cuando está disponible sólo para ciertos segmentos de la población) y de las tradicionales redes de apoyo familiar no ofrecerá a la mayoría de los adultos mayores la posibilidad de elegir la jubilación (4). Al mismo tiempo, otros

factores como el deterioro de las condiciones de salud, la introducción de nuevas tecnologías y la falta de oportunidades para la capacitación y reactualización hacen más difícil la participación laboral. Es posible que la competencia por los distintos empleos, aun en el sector informal de la economía, dejará a muchos adultos mayores viviendo en la pobreza extrema durante los últimos años de su vida.

La relación entre la edad, la jubilación y la participación laboral es compleja. Sin embargo, la red de seguridad social debe ser lo suficientemente sólida como para asegurar que los adultos mayores no queden completamente desprotegidos en el momento en que la “edad” es en sí misma un factor de vulnerabilidad y pone en peligro el ejercicio del derecho a condiciones de vida que aseguren niveles básicos de bienestar y salud para sí mismos y para sus familias. En este sentido, la discriminación implícita o explícita en las prácticas de selección y contratación de personal en la gran mayoría de los países es un tema que requiere una urgente atención.

¿Qué sabemos acerca de los beneficios sociales que reciben los adultos mayores en América Latina? La asistencia social puede ser formal o informal. La disponibilidad de asistencia social formal para los adultos mayores pobres que no están en condiciones de trabajar podría darnos una medida de la “equidad” en relación a la edad y la discriminación laboral. La disponibilidad de intercambios familiares y del apoyo social a los cuidadores familiares de personas mayores medirá el nivel de “equidad” que existe entre las generaciones.

La población de adultos mayores que vive en condiciones de pobreza seguirá creciendo (5). Como el número de adultos mayores se incrementa, los costos para protegerlos también se incrementan. A menos que la sociedad se organice y desarrolle políticas orientadas a los adultos mayores, la combinación de envejecimiento con el incremento de la pobreza podría convertirse en un grave problema que afecte a los individuos como a la sociedad en su conjunto.

## **Indicadores de equidad social y económica**

La pobreza y el género, conjuntamente con la edad, tienden a crear una situación de negligencia y abandono social para las personas mayores, principalmente las mujeres mayores. Esta situación se hace invisible por el estereotipo que presenta la vejez como regreso a la dependencia y a la marginalización.

- ¿Existe un consenso nacional para diseñar los mecanismos centrales que puedan garantizar los derechos humanos durante la vejez?
- ¿Existe legislación prohibiendo la discriminación por edad en el trabajo?
- ¿Tienen los retiros y las pensiones sociales una cobertura amplia que responda a las necesidades reales de protección social requerida por personas de mayor edad?
- ¿Discriminan por edad los préstamos de desarrollo social y micro-empresas?
- ¿Está el transporte público adaptado a las necesidades de las personas con discapacidad y/o fragilidad?

## **La dimensión de las transferencias intergeneracionales**

En la mayoría de los países en desarrollo, la manutención de los adultos mayores es en gran parte realizada por intercambios en los que participa la familia<sup>i</sup>. Estos intercambios no son siempre unidireccionales, ya que los adultos mayores saludables, especialmente las mujeres, reciben bienes y servicios a cambio de un conjunto de bienes y

---

<sup>i</sup> Hermain AI, Ofstedal MB, L. Chi.. Kin Availability of the Elderly in Taiwan: Who is available and where are they?. Comparative Study of the Elderly. *Asia Research Reports* 1989;(5) 92-18. University of Michigan, Population Studies Center, en: Palloni, A. And Devos, S.. “Formal Models and Methods for Analyzing Kinship and Household Organization. *Population Index* 1989; 55(2).



servicios que ellos mismos proveen al hogar. En las familias pobres, el hogar de las personas más viejas de la familia se convierte en el hogar de los hijos y los nietos y la abuela continúa atendiendo las necesidades de la familia. A cambio, el trabajo de los miembros de la familia permite tener un ingreso para asegurar las mínimas condiciones de vida. Este escenario es posible por la acción de dos factores: la disponibilidad de los miembros de la familia y su capacidad y buena voluntad para ser parte de este intercambio; y la buena voluntad y capacidad de los adultos mayores para ser parte del mismo intercambio. Cuando un adulto mayor ya no está en condiciones de contribuir, es frecuente que el intercambio pierda viabilidad.

En orden a evaluar la situación de las transferencias intergeneracionales familiares y las condiciones bajo las cuales son viables, necesitamos observar los arreglos familiares a través de un período de tiempo, de modo tal que nos permita identificar los efectos de la edad y la salud en esta relación. Un estudio sobre los arreglos familiares de los adultos mayores en América Latina utilizando los Censos de Población mostró una tendencia al aumento en la proporción de adultos mayores hombres y mujeres que viven solos (6). Esto no es necesariamente un indicador del deterioro de los intercambios familiares y necesitamos muchos más datos para aprender a medir la forma en que los adultos mayores están sobreviviendo a pesar de la pobreza.

Frente a la inexistencia de una red de protección social para los adultos mayores, es posible que la red familiar se convierta en el único medio de sustento para los adultos mayores que se han vuelto vulnerables a causa de la edad, la salud y la pobreza. Las políticas públicas orientadas a definir la responsabilidad social y familiar en una sociedad en envejecimiento son esenciales para preservar los derechos humanos de los adultos mayores. Postulados éticos relacionados con la justicia y la equidad sugieren que las familias pobres no debieran tener la responsa-

bilidad total de la protección de los adultos mayores a expensas de la manutención de los miembros jóvenes de la familia. Por lo tanto, los siguientes indicadores miden el nivel de inclusión de los mayores en las políticas sociales del país:

### *Indicadores de protección social y familiar*

- ¿Existen opciones de apoyo y servicios para las familias de los adultos mayores con discapacidad?
- ¿Existen opciones de viviendas y de servicios diurnos para los adultos mayores sin red familiar?
- ¿Los adultos mayores están protegidos por la ley contra el abuso, maltrato y negligencia?
- ¿Los adultos mayores, por el hecho de tener una discapacidad, mantienen el derecho de tomar decisiones?

En resumen, nos hemos preguntado en este artículo si los adultos mayores son vulnerables al abuso, la discriminación y a una existencia marginal por razón de su edad o si ellos son discriminados porque son pobres. Hemos tratado de mostrar cómo, en la población en los países en desarrollo, la vejez, la salud, la pobreza y las iniquidades aparecen íntimamente relacionadas.

La vulnerabilidad se define como la falta de capacidades de un individuo o un grupo para satisfacer la mayoría de sus necesidades básicas: salud, educación y nutrición, vivienda y educación. Por ejemplo, una viuda de 65 años que sufre una discapacidad y que no tiene una pensión es vulnerable porque se encuentra con una serie de dificultades para satisfacer los requerimientos mínimos para su vida. Adicionalmente, ella encontrará que no tiene acceso a la educación, empleo, fondos de desarrollo comunitario y cuidado de la salud en razón de su edad. Esto la hace doblemente vulnerable. También, como mujer, ella se encontrará vulnerable al abuso y la violencia en el hogar. La socie-

dad no tiene un espacio para las mujeres viejas y discapacitadas, que ya no son productivas y que, por el contrario, compiten con otros en la familia por los limitados recursos familiares y sociales. Esencialmente, estamos hablando de un triple riesgo o vulnerabilidad: la salud, el género y las desigualdades económicas asociadas a la discriminación por edad.

La situación de discriminación y vulnerabilidad en que vive gran parte de los adultos mayores de la Región les niega el ejercicio de sus derechos humanos básicos, consagrados en distintos documentos y tratados internacionales.

¿Qué clase de políticas públicas deben formular los gobiernos para reducir las inequidades relacionadas con la edad? Las opciones deben incluir políticas 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. Estas políticas no sólo se justifican desde el principio del bienestar individual, sino también desde el principio de la justicia distributiva.

Para abordar en forma comprehensiva el problema del ejercicio de los derechos humanos de los adultos mayores, los gobiernos deberían comenzar por enfrentar el tema de la salud, el género y las desigualdades económicas directamente relacionadas a la edad. La participación de los adultos mayores en los procesos políticos y su nivel de información y de movilización serán determinantes en la reacción de los gobiernos locales frente a estos temas.

El envejecimiento de la población, la salud y la pobreza tienen implicancias para el desarrollo y pueden convertirse en un obstá-

culo si no se toman oportunamente las medidas adecuadas. Por lo tanto, el desarrollo de una infraestructura justa y sustentable para el envejecimiento de la población tendría que formar parte de la agenda internacional del desarrollo.

En una sociedad justa, todas las personas —jóvenes y viejas— disfrutarán la clase de oportunidades y protección que cada uno necesita para mantener la salud, la dignidad y el bienestar a lo largo del ciclo de vida. En una sociedad justa, la carga del desarrollo es distribuida de acuerdo a las fortalezas y capacidades y la red de protección es distribuida de acuerdo a las discapacidades y necesidades. Una sociedad justa es una sociedad que contribuye al desarrollo sin consideración de la edad, el género y el origen étnico, sino en consideración a lo que cada ser humano necesita.

En la Segunda Asamblea sobre Envejecimiento que se realizará en abril del año 2002 la discusión se centrará en una visión y elaboración de un plan para el envejecimiento en el siglo XXI. Esperamos que la comunidad internacional defina una agenda adecuada para abordar los cambios en el envejecimiento en los países en desarrollo y para asegurar el ejercicio pleno de los derechos humanos de los adultos mayores.

## Referencias

1. Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ. *Health and human rights*. New York: Routledge; 1999.
2. Whitehead M. *Los conceptos y principios de la equidad en salud*. Washington, D.C: OPS/OMS. Centro de Documentación e Información CID, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP); 1991.
3. WHO. *Ageing and Health. A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: WHO/HSC/AHE/; 1999.
4. Veira-Ramos A. *Assesing the influence of health status: financial resources and job displacement of early retirement*. Thesis. Madison: Center for Demografy & Ecology ,

- University of Wisconsin; 1998.
5. Mesa Lago C. *Old-age security and health care for the poor in Latin American and the Caribbean*. Paper presented at the Conference on Social Protection and Poverty, Inter American Development Bank. 1999.
  6. Palloni A, DeVos S. *Aging and Latin America and the Caribbean*. Madison: Center for Demography and Ecology. University of Wisconsin, CDE Working Paper No.99-02; 1989.



## **INTERFACES**



# EVALUACIÓN BIOÉTICA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS PUBLICADOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Roberto Mancini Rueda.\*

Fernando Lolas Stepke\*\*

## Resumen

La mención explícita de requisitos bioéticos en publicaciones biomédicas que involucran seres humanos y la incorporación de criterios éticos en la evaluación de trabajos científicos fueron investigadas en una muestra de revistas de la Región de América Latina y el Caribe. Mediante un criterio de selección basado en indexación en bases MEDLINE y LILACS, obtención de texto completo y de instrucciones a los autores, entre otros, se identificó 41 revistas científicas, siendo revisados 625 artículos. Los resultados varían según se trate de ensayos con medicamentos (177 artículos) o estudios clínicos de diagnóstico o tratamiento no farmacológico (448), existiendo mayor preocupación de los investigadores en el primer caso (49% señala consentimiento informado y 46% revisión por comité de ética) que en el segundo (32% indica obtener consentimiento y 27% revisión por comité). Además, se aprecia mayor cumplimiento de disposiciones éticas en los ensayos clínicos fase II y III que en los fase IV. El análisis de las instrucciones a los autores, demuestra que en las revistas revisadas la mayor preocupación de los editores se refiere al consentimiento informado en las revistas indexadas

## Abstract

### Bioethical evaluation of research involving human subjects published in Latin America and the Caribbean

The explicit mention of bioethical requirements in biomedical publications involving human subjects and the inclusion of ethical criteria in the evaluation of scientific papers were investigated in a sample of journals from the Latin American and Caribbean Region. Through a selection criterion based on the indexation in databases MEDLINE and LILACS, access to complete texts and guidelines for contributors, among others, 41 scientific journals were identified, out of which 625 articles were reviewed. The results differ for drug trials (177 articles) or diagnostic clinical studies or non pharmacological treatment (448). A greater concern for ethical aspects was evident among the former (49% indicate informed consent and 46% review by ethics committee) than in the latter (32% indicate obtaining consent and 27% review by ethics committee). Also, a greater compliance with ethical regulations is observed in clinical trials phase II and III than in phase IV. The analysis of guidelines for contributors shows that in the reviewed journals editors' greatest concern refers to informed consent in the journals indexed in MEDLINE (50% asks for this requirement) and the approval by the ethics committees in the ones indexed in LILACS (in 43% it is requested). In general, the explicit compliance with ethical requirements reaches at the most 50% and there

---

\* Médico Cirujano, Consultor Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

Correspondencia : [mancinir@chi.ops-oms.org](mailto:mancinir@chi.ops-oms.org)

\*\* Profesor Titular, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Director Programa Regional de Bioética OPS/OMS

Correspondencia: [lolasf@chi.ops-oms.org](mailto:lolasf@chi.ops-oms.org)

en MEDLINE (50% pide ese requisito) y la aprobación por comité de ética en las indexadas en LILACS (en 43% se solicita). En general, el cumplimiento explícito de requisitos éticos llega como máximo al 50% y no hay referencias éticas en cerca del 45% de las publicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Consentimiento informado; comité de ética; investigación clínica; publicaciones.

are no ethical references in almost 45% of the publications.

**KEY WORDS:** Informed consent, ethics committee, clinical research, publications.



## Resumo

### **Avaliação bioética dos trabalhos de investigação em seres humanos publicados na América Latina e Caribe**

A menção explícita de requisitos bioéticos nas publicações que envolvem seres humanos e a incorporação de critérios éticos na avaliação de trabalhos científicos foram estudadas em a mostra expressiva de revistas da América Latina e Caribe.

Mediante um critério de seleção baseado em indexação nas bases MEDLINE e LILACS, a presença de texto completo de instruções aos autores foram analisadas 41 revistas científicas e 625 artigos.

Os resultados variaram segundo a característica da publicação: ensaios com medicamentos (177 artigos) ou estudos clínicos de diagnóstico ou tratamento não farmacológico (448), existindo maior preocupação dos investigadores no primeiro caso (49% contendo termo de consentimento informado e 46% revisão por Comitê de Ética) que no segundo grupo (32% tendo obtido termo de consentimento informado e 27% com revisão por Comitê de Ética).

Foi observado, também, maior cumprimento de disposições éticas nos ensaios clínicos em fase II e III que na fase IV.

Com relação a análise das instruções aos autores, ficou demonstrado que houve maior preocupação dos editores relativa ao consentimento informado nas revistas indexadas no MEDLINE (50% exige esse requisito) e aprovação por Comitê de Ética nas indexadas na base LILACS (43%).

Em geral o cumprimento explícito de requisitos éticos atingem o máximo de 50% e não se obteve requisitos éticos em cerca de 45% das publicações.

**PALAVRAS CHAVES:** Consentimento Informado; comitê de ética; investigação clínica; publicações.

## Résumé

### **Évaluation bioéthique de travaux de recherche effectués sur des humains et publiés en Amérique Latine et aux Caraïbes.**

À partir d'un échantillon de revues publiées dans la zone d'Amérique Latine et des Caraïbes, on a recherché dans les publications médicales la référence explicite des conditions bioéthiques impliquant des humains et l'incorporation de critères éthiques sur l'évaluation de travaux scientifiques. Au moyen d'un critère de sélection basé sur l'indexation dans les bases MEDLINE et LILACS, on a obtenu un texte complet et des consignes [adressées] aux auteurs, entre autres ; on a identifié 41 revues scientifiques et 625 articles ont été analysés. Les résultats varient selon qu'il s'agit d'essais avec des médicaments (177 articles) ou d'études cliniques de diagnostic ou de traitement non pharmacologique (448 articles). Il existe un plus grand souci des chercheurs dans le premier cas (49% signalent le consentement informé et 46% signalent la révision du comité d'éthique) par rapport au deuxième cas (32% indiquent l'obtention du consentement et 27% la révision du comité). Par ailleurs, on constate une meilleure application des dispositions éthiques dans les essais cliniques phase II et III que dans la phase IV. L'analyse des consignes données aux auteurs démontre que dans les revues analysées, le souci majeur des éditeurs concerne le consentement informé dans les revues indexées dans MEDLINE (50% exige cette condition) et l'approbation du comité d'éthique dans celles indexées dans LILACS (sollicitée dans 43% des cas). En général, l'application explicite des exigences éthiques atteint un pourcentage maximum de 50% et dans à peu près 45% des publications, il n'existe pas de références éthiques.

**MOTS CLÉS :** Consentement informé; comité d'éthique; recherche clinique; publications.

## Introducción

Una investigación realizada en 1999 permitió concluir que existe poca preocupación en cuanto a supervisar el cumplimiento de estándares éticos y bioéticos básicos en los protocolos de investigación que utilizan sujetos humanos, por parte de los organismos nacionales de ciencias y tecnología (ONCYT) encargados de su aprobación ( 1 ).

Habitualmente dicha evaluación es entregada a comités de ética institucionales (universitarios, hospitalarios u otros). No obstante, el mismo estudio anterior permitió observar que en el 48% de los países analizados no existían normativas ni comités de evaluación ética-científica en las instituciones que financian investigación biomédica.

El exiguo desarrollo de la bioética en el campo de la investigación con seres humanos parece ser un reflejo de la escasa investigación biomédica en general en América Latina y el Caribe, tanto en cantidad como en calidad. Como lo demuestran algunos estudios recientes, en cinco países (México, Brasil, Argentina, Chile y Venezuela) se concentra cerca del 80% del total de proyectos de la Región, con una producción de publicaciones científicas que en un 50% se circunscribe sólo al medio nacional ( 2,3 ).

No obstante, aunque cabe suponer que también es insuficiente, se carece de una información objetiva respecto de la revisión que se está haciendo —desde una perspectiva ética— de los protocolos de investigación que son presentados para publicación en revistas, cuando se incluye a seres humanos como sujetos de estudio.

Tiende a considerarse como una medida de “calidad” de una revista científica su indización en la base de datos denominada

MEDLINE<sup>i</sup>. Del total de revistas existentes en la base latinoamericana llamada LILACS<sup>ii</sup> (cerca de 600) 47 están incorporadas a la base MEDLINE. No obstante, se desconoce la consideración de aspectos éticos en esa selección como estándar de calidad.

El propósito de este estudio es, en primer lugar, determinar el cumplimiento explícito de requisitos bioéticos básicos por parte de los investigadores que realizan estudios científicos en seres humanos y, en segundo término, establecer si existen criterios éticos incorporados en la evaluación de los trabajos que son presentados para su publicación en una muestra representativa de las principales revistas científicas de la Región, indexadas en las bases bibliográficas LILACS y MEDLINE.

---

<sup>i</sup> **MEDLINE**: Base de datos bibliográfica administrada por la NLM (United States National Library of Medicine), que corresponde al sistema “en línea” del *Index Medicus*. Según la define su URL (<http://nlm.nih.gov/pubs/factsheets/jsel.html>) “es usada internacionalmente para proveer acceso a las revistas biomédicas del mundo”. MEDLINE establece ciertos requisitos para la indexación, basados “tanto en políticas científicas como en **calidad científica**, para lo cual disponen de un Comité Técnico de Revisión y Selección de la Literatura que revisa periódicamente las revistas indexadas y establece la calidad de sus contenidos”. Sin embargo, al revisar los requisitos exigidos para indizar una revista, no se encuentra una exigencia, por ejemplo, de cumplimiento de resguardos éticos en investigación con seres humanos (ver <http://nlm.nih.gov/pubs/factsheets/jfaq.html>)

<sup>ii</sup> **LILACS** (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud): Base de datos bibliográfica administrada por BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud) que contiene “toda la literatura relacionada con Ciencias de la Salud producida por autores latinoamericanos y del Caribe, publicada en los países de la Región desde 1982” (ver <http://www.bireme.br>). La base LILACS pretende incluir **toda** la literatura relacionada con Ciencias de la Salud que se produce en los países de América Latina y el Caribe, por lo que no hace una selección basada en criterios de calidad.

## Material y método

Este trabajo corresponde a un estudio descriptivo. Se revisó la existencia de contenidos que establezcan un respeto por los principios bioéticos en los trabajos de investigación en seres humanos, editados en dos grupos seleccionados de revistas científicas de la Región, de acuerdo a criterios establecidos en la muestra. Además se revisó las normas de publicación o instrucciones a los autores, respecto de la existencia o no de requisitos éticos. Con estos dos elementos se hizo una calificación cualitativa de las revistas desde una perspectiva ética y se comparó entre ambos grupos en aquellos aspectos que lo permitían.

## Características de la muestra

- Revistas científicas indexadas en bases MEDLINE o LILACS;
- que hayan sido publicadas desde enero de 1997 hasta diciembre de 1998 (dos años en total);
- que contengan artículos de investigación en seres humanos, de los siguientes tipos:
  - Ensayos clínicos con medicamentos (Fases I, II, III o IV) y otros productos biológicos (vacunas, productos naturales). Para efectos de este trabajo se han denominado “*estudios farmacológicos*”.<sup>iii</sup>
  - Estudios clínicos de diagnóstico o terapia no farmacológica, retrospectivos y prospectivos. Para efectos de este trabajo, se han denominado “*estudios no*

<sup>iii</sup> **Estudios farmacológicos:** Ensayos clínicos con medicamentos u otros productos de origen farmacológico o biológico. Implican cumplimiento de requisitos éticos tales como: consentimiento informado, evaluación por comité de ética, evaluación y cobertura de efectos adversos, privacidad y confidencialidad de los datos, conocimiento de resultados.

*farmacológicos*”.<sup>iv</sup>

- que puedan ser obtenidas en texto completo para su revisión, y
- que hayan sido editadas en siete países seleccionados de América Latina y el Caribe, con mayor desarrollo tecnocientífico, de acuerdo al volumen global de publicaciones existente en LILACS y MEDLINE: Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México, Puerto Rico y Venezuela.

## Selección de la muestra

De un total de 43 revistas editadas en los países preseleccionados, que estaban registradas en MEDLINE en diciembre de 1999 (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.htm>), 28 contenían artículos de investigaciones en seres humanos y, de ellas, en 18 fue posible obtener los textos completos. Se seleccionó el 100% de las revistas, lo que constituye el grupo A del estudio (ver Anexo 1).

De acuerdo a la información obtenida en LILACS en diciembre de 1999 (<http://www.bireme.br>) excluyendo las revistas indizadas también en MEDLINE (grupo A) existían otras 426 revistas editadas en los países preseleccionados. De ellas, 197 contenían artículos de investigaciones en seres humanos, y de éstas, en 46 era posible conseguir el texto completo. Por método aleatorio simple, se seleccionó el 50% (23 revistas) para su revisión, lo que constituye el grupo B del estudio (ver Anexo 2).

<sup>iv</sup> **Estudios no farmacológicos:** Estudios clínicos de diagnóstico o tratamiento que no utilizan productos farmacéuticos o biológicos, pero sí técnicas “invasivas” (punciones, cateterizaciones, cirugía, etc.) o “intervencionistas” (modificación de conductas o de hábitos, conocimiento de información confidencial, cambios de características biológicas o psicológicas, etc.). Desde una perspectiva bioética, se supone que implican cumplimiento de requisitos éticos básicos similares a los estudios farmacológicos: consentimiento informado, evaluación por comité de ética, privacidad y resguardo de la identidad de los pacientes y los datos obtenidos, conocimiento de los resultados.

## Resultados

### 1. Análisis de la muestra

*Grupo A:* Revistas indexadas en LILACS y MEDLINE.

De un total de 2.974 artículos publicados en 1997 y 1998 en las 18 revistas seleccionadas, se encontró 434 referidos a investigaciones clínicas en seres humanos (Tabla 1). De las revistas revisadas, una sólo tiene artículos indizados en uno de los dos años considerados para el estudio.

Del total de artículos, 93 se refieren a investigaciones clínicas con medicamentos u otros productos farmacológicos o biológicos y 341 a investigaciones clínicas no farmacológicas, de acuerdo a las definiciones entregadas previamente.

TABLA 1: Distribución por países de revistas del grupo A (MEDLINE)

- Argentina:	4	=	93	artículos
- Brasil:	5	=	123	artículos
- Chile:	2	=	73	artículos
- Cuba:	1	=	8	artículos
- México	4	=	119	artículos
- Puerto Rico:	1	=	12	artículos
- Venezuela:	1	=	6	artículos
Total	18	=	434	artículos

*Grupo B:* Revistas indexadas sólo en LILACS.

De un total de 2.354 artículos publicados en 1997 y 1998 en las 23 revistas seleccionadas, se encontró 191 que se refieren a investigaciones en seres humanos (Tabla 2). De las revistas revisadas, una sólo tiene artículos indizados en uno de los dos años considerados para el estudio.

Del total de artículos, 84 se refieren a investigaciones clínicas con medicamentos

u otros productos farmacológicos o biológicos y 107 a investigaciones clínicas no farmacológicas, de acuerdo a las definiciones entregadas previamente.

Las temáticas abordadas resultaron bastante amplias, por lo que –aunque no era un objetivo de la selección– permitió analizar el componente ético utilizado en diferentes especialidades de la Medicina.

TABLA 2: Distribución por países de revistas del grupo B (LILACS)

- Argentina	5	=	36	artículos
- Brasil:	7	=	86	artículos
- Chile:	4	=	21	artículos
- Cuba:	2	=	9	artículos
- México	4	=	33	artículos
- Venezuela:	1	=	6	artículos
Total	23	=	191	artículos

### 2. Análisis de los artículos publicados y contenidos éticos

En general, las revistas indizadas en MEDLINE publican un porcentaje mayor de artículos referidos a investigaciones clínicas que las revistas registradas sólo en LILACS (434 de 2.974 = 14,6% v/s 191 de 2.354 = 8,1%), debido a un mayor número de artículos sobre investigación en diagnóstico y terapia no farmacológica (341 en MEDLINE v/s 107 en LILACS).

Porcentualmente, el número de artículos referidos a investigación con medicamentos es similar en las revistas indexadas en LILACS (84 de 2.354 = 3,6%) y en MEDLINE (93 de 2.974 = 3,1%)

Las revistas indizadas en LILACS publican en mayor proporción artículos de revisión de literatura o de análisis de casos con una opinión teórica.

TABLA 3: Mención de requerimientos éticos en la investigación realizada en artículos de revistas indexadas en MEDLINE (N = 18)

	Est. Farmacológicos (N = 93)	Est. No farmacológicos (N = 341)
Consentimiento informado	47 (50,5 %)	109 (32,0 %)
Privacidad de datos	6 ( 6,5 %)	15 ( 4,4 %)
Seguro efectos adversos	9 ( 9,7 %)	6 ( 1,8 %)
Revisión por Comité de Ética	39 (41,9 %)	84 (24,6 %)
Sin referencias éticas	35 (37,6 %)	190 (55,7 %)

TABLA 4: Mención de requerimientos éticos en la investigación realizada en artículos de revistas indexadas en LILACS (N = 23)

	<i>Est. Farmacológicos</i> (N = 84)	<i>Est. No farmacológicos</i> (N = 107)
Consentimiento informado	40 (47,6 %)	34 (31,8 %)
Privacidad de datos	2 ( 2,4 %)	6 (5,6 %)
Seguro efectos adversos	4 ( 4,8 %)	0 ( 0,0 %)
Revisión por Comité de Ética	42 (50,0 %)	37 (34,6 %)
Sin referencias éticas	33 (39,3 %)	58 (54,2 %)

TABLA 5: Referencias éticas en normas de publicación o instrucciones a los autores en revistas indexadas en MEDLINE y en LILACS

	<i>Rev. MEDLINE</i> (N = 18)	<i>Rev. LILACS</i> (N = 23)
Revisión por Comité de Ética	5 (27,8 %)	10 (43,5 %)
Declaración de Helsinki	4 (22,2 %)	7 (30,4 %)
Consentimiento informado	9 (50,0 %)	3 (13,0 %)
Otros	5 (27,8 %)	3 (13,0 %)
Sin referencias éticas	8 (44,4 %)	11 (47,8 %)

Del total de *ensayos clínicos con medicamentos* publicados en MEDLINE y/o LILACS (177 artículos) se puede apreciar que:

- No hay estudios clínicos Fase I.
- Hay dos estudios fase II (1,1%). En ambos se cumplen todos los requisitos éticos exigidos para investigación en seres humanos.
- Hay 44 estudios fase III (24,9%). En ellos se encuentra referencias a cumplimiento de algunos de los requisitos éticos exigidos en un 81%.
- Hay 131 estudios fase IV (74,0%). En ellos se encuentra referencias a cumplimiento de algunos de los requisitos éticos exigidos en un 33%.

## Comentario

Debido a que el análisis de la política editorial en materia de bioética se hizo sobre la base de revisar las normas editoriales o las instrucciones a los autores, sin disponer de una información directa entregada por los editores (excepto en ocho casos), podría existir alguna información parcial u omisión al respecto. En todo caso, por tratarse de instrucciones que muchas veces constituyen el único vínculo entre los investigadores y los editores, adquieren una gran importancia para evaluar la relevancia que le asignan al cumplimiento de estándares éticos en el estudio clínico (4,5).

La exigencia de cumplir una o más de las directrices éticas principales para la investigación en seres humanos se encuentra en 22 de las 41 revistas analizadas, sin que se aprecie una diferencia significativa entre las indizadas en MEDLINE y en LILACS. Es preocupante que tratándose de revistas científicas que específicamente se dedican a publicar estudios clínicos en seres humanos, haya un 46,3 % de ellas en que no hace ninguna mención a la necesidad de cumplir con normativas éticas básicas en las investigaciones enviadas para divulgación. No obstante, al menos en dos revistas que no consignan esa información en las instrucciones a los autores se pudo detectar (por la encuesta enviada a los editores) que existe una revisión en ese sentido por parte de uno o más miembros del Comité Editorial.

La mayor preocupación que demuestran los editores se refiere al consentimiento informado en las revistas indizadas en MEDLINE (50%) y a la aprobación por comité de ética en las revistas registradas en LILACS (43%). Aunque el grupo de revistas es reducido como para generalizar una opinión, se podría pensar que el criterio que regula MEDLINE da mayor relevancia a la autonomía del sujeto, a través del consentimiento informado (orientación más bien anglosajona); en cambio, el perfil encontra-

do mayoritariamente en las revistas latinoamericanas indexadas en LILACS se inclina principalmente hacia el principio de la beneficencia, a través de la protección de los derechos de las personas que brinda el comité de ética (modelo paternalista).

Al revisar los aspectos éticos que son mencionados en el texto de los artículos se puede notar que existe una mayor preocupación por parte de los investigadores de dejar constancia que se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos y la aprobación del comité de ética correspondiente cuando se trata de ensayos con medicamentos u otros productos biológicos, respecto de otros tipos de estudios clínicos. En efecto, en el primer caso –considerando ambos grupos de revistas– se señala la obtención de consentimiento informado en 87 de 177 ensayos (49%) y la aprobación por comité de ética en 81 de 177 estudios (46%). En cambio, cuando se trata de estudios clínicos que no involucran fármacos, se señala obtener el consentimiento informado sólo en el 32% de las investigaciones (143 de 448) y la revisión por comité de ética en el 27% (121 de 448). Quizás esto se explique por la mayor exigencia regulatoria que se hace a nivel de la industria farmacéutica internacional en el primer tipo de investigaciones, lo que no ocurre al no haber entidades controladoras en el ámbito local para los otros tipos de estudios (6).

Por otra parte, hay un mayor cumplimiento de disposiciones éticas en los ensayos clínicos de fase II o III que en los de fase IV, lo que coincide con las mayores exigencias internacionales que se hace a los primeros, por tratarse de fármacos aún no aprobados para su uso en los países donde se hace la investigación.

Otros requisitos éticos revisados en el texto de los artículos no tuvieron relevancia cuantitativa, aunque vale mencionar que la protección ante efectos adversos explicitada o cumplida por los investigadores ante su aparición, se observa en cerca del 7% de las

investigaciones con fármacos o productos biológicos y apenas es mencionada en los restantes estudios, incluso considerando que todos ellos implicaron procedimientos o técnicas que eventualmente podían producir efectos deletéreos en los sujetos.

Aunque podría considerarse que la consignación de revisión y aprobación por un comité de ética independiente implicaría el cumplimiento de esas disposiciones éticas en el protocolo de estudio, no es suficiente salvaguarda de los derechos de las personas ante eventos adversos, ya que en la gran mayoría de los países no existen sistemas de seguros que operen automáticamente en estos casos y los comités de ética no disponen de atribuciones legales como para obligar a los investigadores a cumplir esa obligación. Por lo tanto, que no se señale especialmente la forma en que se atenderán los efectos adversos es un grave problema pendiente de solución ( 7 ).

En general, fuera de las diferencias señaladas y que no son relevantes para efectos de esta investigación, no hubo una disimilitud significativa entre ambos grupos de revistas, respecto del cumplimiento de estándares éticos en la investigación. Esto permite sugerir, ya que el número de revistas y artículos es reducido como para hacer afirmaciones definitivas, que la indización en la base de datos MIDLINE no considera de forma especial el cumplimiento explícito de requisitos éticos en las investigaciones publicadas, como norma de calidad de las revistas científicas. Más clara aún es esta constatación si se considera que la base de datos LILACS se autodefine como “total” – sin plantear criterios de exclusión especiales– y se obtiene por resultado un cumplimiento muy similar de requisitos éticos.

Como comentario en lo general, cabe mencionar la dificultad que existió para obtener los textos completos de las revistas, a pesar de todos los métodos utilizados (BIREME, solicitud de préstamo interbibliotecario, solicitud directa a los edi-

tores). La imposibilidad de obtener los artículos en un gran número de publicaciones (10 de las revistas indexadas en MEDLINE y 151 de las indexadas en LILACS) permite suponer que, aunque quizás estén accesibles en el medio local, no lo están para el lector científico internacional –razón de ser de las bases de datos revisadas– cumpliendo dichas revistas, por lo tanto, muy parcialmente su objetivo de difusión científica ( 8, 9 ).

## Conclusiones

1. Existe una gran cantidad de publicaciones en las revistas más difundidas de los países que efectúan el mayor número de investigaciones en seres humanos en la Región de América Latina y el Caribe, que no explicitan el cumplimiento de requisitos éticos básicos en dichas investigaciones. Aunque en un cierto porcentaje podría asumirse que la revisión y aprobación por un comité de ética da cuenta implícitamente de ese cumplimiento, persiste un número considerable de estudios que no tienen ningún respaldo ético manifiesto.

2. Las normas de publicación e instrucciones a los autores –corroborada en algunos casos por encuesta a los editores– dan cuenta de una preocupación por el cumplimiento de normativas éticas en poco más del 50% de las revistas. Esto es de especial preocupación, ya que se trata específicamente de revistas que publican investigaciones en seres humanos.

3. La información obtenida, complementado estudios anteriores, permite disponer una aproximación importante a la situación real en que se encuentra la ética de la investigación en seres humanos en América Latina y el Caribe. Su divulgación a los países de la Región debería servir de incentivo para la creación de comités de evaluación bioética en aquellos lugares e instituciones que no cuenten con ellos. También es de esperar que se despierte la inquietud de los encargados de evaluar los trabajos de inves-

tigación que son propuestos para su publicación en las revistas científicas de prestigio de la Región, en cuanto a la revisión ética de dichas publicaciones

### **Palabras finales**

Esta clara confirmación de la necesidad imperiosa de disponer de mecanismos regulatorios y de control bioético de las investigaciones en seres humanos en la Región de América Latina y el Caribe debe ser vista de manera positiva. Algunos investigadores plantean que la regulación ética puede crear barreras infranqueables para la creatividad y el desarrollo de la ciencia. Esto podría ser efectivo si ese control es efectuado por personas mal preparadas y a través de procedimientos burocráticos ineficientes.

Sin embargo, normativas claras y compartidas para la investigación clínica, comités de evaluación ético-científicos con integrantes capacitados y criterios bioéticos bien definidos en las políticas editoriales, deberían permitir una regulación ética expedita e indispensable para proteger los derechos de las personas y ayudar a los investigadores a hacer una ciencia de mayor calidad, precisamente por esa preocupación por los sujetos humanos que son la razón de su quehacer.

### **ANEXO 1**

#### **Grupo A del estudio**

Revistas Latinoamericanas indexadas en MEDLINE y LILACS sobre investigación en seres humanos posibles de obtener en texto completo

#### **ARGENTINA:**

1. Acta Gastroenterológica Latinoamericana (Buenos Aires)
2. Acta Physiologica, Pharmacologica et Therapeutica Latinoamericana (Buenos Aires)
3. Medicina (Buenos Aires)
4. Revista de la Facultad de Ciencias

Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

#### **BRASIL:**

5. Arquivos Brasileiros de Cardiologia
6. Cadernos de Saúde Pública
7. Revista Associação Médica Brasileira (Sao Paulo)
8. Revista do Hospital Das Clínicas (São Paulo)
9. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo

#### **CHILE:**

10. Revista Médica de Chile
11. Boletín Chileno de Parasitología

#### **CUBA:**

12. Revista Cubana de Medicina Tropical

#### **MEXICO:**

13. Gaceta Médica de México
14. Archives of Medical Research (México)
15. Archivos del Instituto de Cardiología de México
16. Ginecología y Obstetricia de México (México)

#### **PUERTO RICO:**

17. Puerto Rico Health Sciences Journal

#### **VENEZUELA:**

18. Investigación Clínica (Maracaibo)

### **ANEXO 2**

#### **Grupo B del estudio**

Revistas Latinoamericanas indexadas en LILACS (y no en MEDLINE) sobre investigación en seres humanos posibles de obtener en texto completo

#### **ARGENTINA:**

1. Medicina Intensiva (Buenos Aires)
2. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (Buenos Aires)
3. Revista Argentina de Cancerología (Buenos Aires)



4. Obstetricia y Ginecología Latinoamericana

5. Archivos Argentinos de Pediatría

**BRASIL:**

6. Brazilian Journal of Medical and Biological Research

7. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz

8. São Paulo Medical Journal

9. Acta Cirúrgica Brasileira

10. Arquivos de Neuro-Psiquiatria

11. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

12. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

**CHILE:**

13. Revista Chilena de Pediatría

14. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria

15. Reumatología (Santiago de Chile)

16. Revista Chilena de Infectología

**CUBA:**

17. Revista Cubana de Investigación Biomédica

18. Revista Cubana de Medicina

**MEXICO:**

19. Salud mental (México)

20. Enfermedades Infecciosas y Microbiología (México)

21. Revista de la Asociación de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (México)

22. Revista Mexicana de Anestesiología

**PUERTO RICO:**

\* Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. Es la única indexada en LILACS, pero sin artículos en los años correspondientes a la revisión (1997, 1998) por lo que se excluyó del estudio

**VENEZUELA:**

23. Gaceta Médica de Caracas (Caracas)

**Referencias**

1. Mancini R, Lolos F. El Programa Regional de Bioética y la investigación en salud. XXXIV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS, 12-14 de julio de 1999, Washington D.C. [On Line] Available from: URL: <http://www.PAHO/OPS/ACHR>
2. Figueroa P. Aspectos éticos de la investigación biomédica en Iberoamérica y el Caribe. Documento de trabajo: Georgetown University, Kennedy Institute of Ethics, Washington, DC: Kennedy Institute of Ethics; 1994.
3. CONACYT México. Informe sobre la situación de la investigación en Latinoamérica y el Caribe. [On Line] Available from: URL: <http://www.siicyt.com.mx/>.
4. Sandenberg T, Muller S, Pereira H, Oliveira R, Hossne W. Análisis de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos contenidos en las Instrucciones a los Autores de 139 revistas científicas brasileñas. *Acta Bioethica* 2000; 6(2): 293-307.
5. Malacara JM. La evaluación de la investigación médica. *Revista Investigación Clínica* 1997; 49(4): 303-8.
6. Macklin R. Investigación colaborativa internacional: acontecimientos recientes. En: Pellegrini A, Macklin R, (eds). *Investigaciones en sujetos humanos: experiencia internacional*. Serie Publicaciones Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile: Universitaria; 1997, p. 47-61.
7. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos básicos. En: Pellegrini A, Macklin R, (eds). *Investigaciones en sujetos humanos: experiencia internacional*. Serie Publicaciones Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile: Universitaria; 1997, p. 33-46.
8. Pearn J. Publication: an ethical imperative. *British Medical Journal* 1995; 310:1313-15.
9. Lolos F. Ética de la publicación médica: legalidad y legitimidad. *Acta Bioethica* 2000; 6(2): 283-91.



# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Grup D'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret,  
Universitat de Barcelona, España

## Presentación

El Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret, con sede en el Parc Científic de Barcelona, surgió para tratar de dar respuesta a la necesidad de analizar científicamente y desde un punto de vista pluridisciplinar, las implicaciones éticas, sociales y jurídicas de las biotecnologías, y para proponer después actuaciones concretas.

La creación del Observatori de Bioètica i Dret se llevó a cabo con la intención de participar en el diálogo universidad-sociedad, con la finalidad de hacer oír su voz en el conjunto de la comunidad y, más específicamente, ante los organismos públicos, administrativos o políticos que regulan y controlan las actividades de investigación y la aplicación de las nuevas tecnologías. Ello requiere también la voluntad de establecer relación con los medios de comunicación, para mejorar la calidad de la información. Para ello se han elaborado ya diversos Documentos sobre temas de actualidad en los que no existía una opinión unánime en la sociedad, ni tampoco en las diversas comunidades científicas implicadas.

En esta ocasión el grupo presenta un Documento que pretende aportar pautas útiles a los ciudadanos, a los centros asistenciales y a la administración, al proporcionar un modelo de Documento de Voluntades Anticipadas, en el que cada uno pueda acomodar y redactar las propias previsiones respecto a las actuaciones sanitarias que desee recibir, si se presentan determinadas circunstancias y se carece de conciencia para manifestar personalmente la propia voluntad; con él se aspira a facilitar la tarea de quienes decidan

hacer uso de las nuevas posibilidades de ejercicio de la autonomía que la ley reconoce.

Para la elaboración de esta propuesta, el grupo ha sido coordinado por el Dr. Albert Royes i Qui, Profesor de Ética Médica de la Facultad de Medicina de la UB, y ha contado con la aportación de los especialistas en Medicina, en Enfermería, en Filosofía, en Biología, en Antropología y en Derecho, que se relacionan al final de este Documento.

## Preámbulo

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 cuyas manifestaciones más evidentes, pero no exclusivas, se plasman en la necesidad de suministrar información y de recabar el consentimiento de las personas enfermas. Una de las repercusiones de mayor interés consiste en la posibilidad de establecer previsiones sobre las actuaciones terapéuticas que se desee recibir –o no– en el futuro, posibilidad que ahora se abre a los ciudadanos como consecuencia de las últimas decisiones normativas habidas en nuestro país.

Así, el día 11 de enero de 2001 el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya publicaba la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, “sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica”, en cuyo Art. 8 se regulan las *voluntades anticipadas*, siguiendo lo establecido en el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina –en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de

2000—, en cuyo Art. 9 se 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*». En esta misma línea, otras Comunidades Autónomas están elaborando disposiciones análogas, e incluso se ha presentado ante el Senado una Proposición de Ley de contenido semejante que cuenta con el respaldo de todos los grupos parlamentarios.

La posibilidad de otorgar un Documento de voluntades anticipadas, junto con la exigencia del consentimiento informado, modificará profundamente la tradición en las relaciones sanitarias dentro de nuestra cultura, dominada por el paternalismo médico, actitud que privaba a las personas de algunos de sus derechos, en cuanto se convertían en pacientes. Es preciso valorar positivamente esta voluntad de cambio en las relaciones asistenciales, si bien hay que tener en cuenta que una innovación de tal envergadura —en hábitos tan arraigados— no es de esperar que tenga lugar rápidamente y requerirá 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 establecer sus voluntades.

Por otra parte, no conviene ignorar las dificultades añadidas 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, aunque la Ley determina que se hagan llegar al centro sanitario en que la persona sea atendida y que se incorporen a la historia clínica, para que la previsión establecida sea verdaderamente efectiva conviene contar con un Registro de Documentos fácilmente accesible a los profesionales sanitarios autorizados, lo cual resulta especialmente necesario en los casos de urgencia o accidente.

Con el *Documento de Voluntades Anticipadas* que se presenta se pretende ofrecer —a quien desee hacer uso de este derecho— un modelo que contenga los elementos formales y materiales previstos por la Ley.

## **Declaración**

### ***Exposición de motivos***

Considerando que la regulación de los *Documentos de Voluntades Anticipadas* representa un importante paso adelante en el respeto a la autonomía de las personas —al permitirles decidir respecto a las actuaciones sanitarias que deseen recibir, o no, en el futuro si se encuentran en unas determinadas circunstancias—, ya que la ley reconoce que constituyen «*un elemento coadyuvante en la toma de decisiones, a fin de conocer con más exactitud la voluntad del paciente*» cuando éste no se encuentre en condiciones de expresarla directamente en el momento de necesitar una actuación sanitaria.

Considerando que con el reconocimiento legal de esta posibilidad nuestro país se une a la lista de sociedades en que los ciudadanos pueden hacer uso de una opción, largo tiempo deseada, que se incardina en el proceso de concreción de los Derechos Humanos en la sanidad, ámbito en el que la autonomía de las personas es un valor de primer orden.

Considerando que los profesionales sanitarios y los centros asistenciales deberán habituarse a la existencia, cada vez más frecuente, de personas que hayan otorgado un Documento de Voluntades Anticipadas, lo que requerirá tratar abiertamente sobre tal posibilidad —en especial en casos de pacientes con enfermedades crónicas o degenerativas— y conocer el contenido del Documento, a fin de respetar la voluntad de los pacientes cuando estos no puedan manifestarla de manera inmediata.

Considerando que hay aspectos de la Ley que resultan equívocos e inclusive contra-

dictorios con el espíritu de la misma, ya que, a tenor de lo que se expone en su Preámbulo, conviene resaltar la dificultad de comprender –en este contexto– manifestaciones como las que se recogen en el apartado 3 del Artículo 8 según el cual “*no se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto del hecho que el sujeto ha previsto a la hora de emitir las*”.

Porque, en primer lugar, es obvio que el marco legal de cualquier sociedad puede variar durante el intervalo de tiempo que transcurre entre el momento de otorgar un Documento de voluntades anticipadas y el de hacer efectivo su contenido; consecuentemente, serían aceptables previsiones que, aun no estando de acuerdo actualmente con el ordenamiento jurídico vigente, en un futuro puedan tener cabida dentro de la legalidad.

Porque, en segundo lugar, la mención a conceptos abiertos –como que no se tendrán en cuenta voluntades contrarias “*a la buena práctica clínica*” sin que se especifique en ninguna parte cómo y quién define, en cada momento, qué se ha de entender por buena práctica clínica– puede dejar sin efecto la voluntad expresada por el otorgante del Documento si el personal sanitario o las asociaciones profesionales entienden que tienen la facultad de interpretar la adecuación del contenido del Documento de Voluntades Anticipadas a una imprecisa “buena práctica clínica”. Es decir, vuelve a aparecer –y ahora en un texto legal– la actitud injustificadamente paternalista que una norma dirigida precisamente a preservar la autonomía de los pacientes habría tenido que abandonar sin ambigüedad.

### Conclusiones

Considerando que, para que todo esto sea efectivo, es necesario concretar las posibilidades que la Ley otorga mediante algún mo-

delo de documento y, además, cumplir las formalidades para legalizarlo.

El Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Es necesario fomentar la adopción de estas decisiones previas facilitando su otorgamiento a personas y centros, para lo cual es útil que existan modelos de Documentos de Voluntades Anticipadas a la disposición de quienes deseen acogerse al derecho de otorgarlo, y que, respetando siempre la multiplicidad de contenidos posibles, sirvan de esquema básico en el que inspirarse para la elaboración de un documento propio o bien para modificarlo a voluntad.

Para ello, este Grupo de Opinión presenta en el ANEXO un *Documento de Voluntades Anticipadas* estructurado en dos partes:

- la primera es una **Hoja de instrucciones** en la que se suministran orientaciones para las personas interesadas en otorgar un Documento de Voluntades Anticipadas, y
- la segunda es el **Documento** propiamente dicho, que será necesario rellenar, firmar y formalizar como el otorgante crea más conveniente y de acuerdo con alguno de los procedimientos que establece la Ley.

**2. Es conveniente hacer especial hincapié en la designación del representante como garante e intérprete del cumplimiento de las voluntades expresadas en el Documento de Voluntades Anticipadas.**

El representante, como persona de confianza del otorgante, que conoce su jerarquía de valores y sus opciones vitales, será quien mejor podrá conocer y manifestar su voluntad cuando éste no pueda hacerlo personalmente.

3. Se debe promover y regular el establecimiento de un Registro General de Documentos de Voluntades Anticipadas.

Este Documento debe ser fácilmente ac-

cesible para quienes tengan que prestar atención sanitaria en un momento dado al otorgante y para los con él vinculados.

4. Se recomienda que el documento sea otorgado ante notario con la finalidad de dotarlo de un mayor grado de vinculatoriedad.

Así, al menos mientras no se creen y entren en funcionamiento efectivo los Registros que se proponen en la anterior conclusión, estimamos que la manifestación de voluntad realizada ante fedatario público debe tener mayor fuerza persuasiva a la hora de asegurar que será respetada por médicos y familiares, ya que la presencia del notario garantiza legalmente la capacidad del sujeto en el momento de suscribirlo.

## ANEXO

Instrucciones para rellenar el Documento de Voluntades Anticipadas:

### 1. Respeto a los objetivos del Documento

Este Documento quiere dejar constancia fehaciente, y por escrito, de su voluntad, para cuando usted no pueda manifestarla directamente, en relación con las actuaciones sanitarias que desearía recibir, o no recibir, en determinados supuestos.

### 2. Respeto al procedimiento a seguir

Es muy recomendable que lea cuidadosamente el contenido y que, si cree que puede serle de ayuda, pida consejo con el fin de concretarlo a su caso personal.

Si es su deseo, puede modificar cualquier aspecto de su contenido, o bien añadir cualquier consideración que crea oportuna. Con este fin, se han dejado espacios en blanco en el apartado de **Instrucciones adicionales**.

Ha de saber que este Documento puede ser invalidado en cualquier momento, pero

solamente por usted. Puede hacerlo bien sea al final del Documento, donde hay un espacio previsto para formalizar por escrito la revocación, o bien en cualquier otro documento firmado por usted. Conviene que su voluntad conste siempre de manera fehaciente para cuando no pueda expresarla por sí mismo, y recuerde que si usted está en uso de sus facultades ya no será necesario acudir a lo estipulado en sus voluntades anticipadas, pues podrá manifestarlas directamente.

Tenga en cuenta que es extremadamente importante la designación de un representante –y un sustituto para el caso de que aquél se hallase imposibilitado para ejercer su función por cualquier causa– ya que será la persona designada para resolver cualquier incertidumbre en la interpretación de su voluntad. Es preciso que sean personas de su máxima confianza, pero no es necesario que formen parte de su familia. Estas personas deben conocer, con la máxima precisión, su intención al otorgar este Documento y cuáles pueden llegar a ser sus funciones.

### 3. Respeto al contenido del Documento

En el Documento que presentamos se han previsto algunos supuestos típicos. Pero dependiendo de su situación de salud, actual o futura, usted mismo puede considerar la conveniencia de añadir otras posibilidades que puedan precisar mejor sus previsiones.

En este Documento se hace referencia a la voluntad que “*no me sean aplicadas –o bien que se retiren si ya se han instaurado medidas de soporte vital*”. Bajo tal denominación se incluyen habitualmente las siguientes: reanimación cardio-respiratoria, conexión a un respirador mecánico, nutrición e hidratación artificiales, o cualquier otra que, si no se instauran o si se retiran, la vida se compromete a muy corto plazo.

Además, usted puede hacer constar, en el apartado de **Instrucciones adicionales**,

otras voluntades, como por ejemplo si no desea ser trasladado a un hospital y prefiere ser atendido en su domicilio, si quiere recibir asistencia religiosa, si hay que advertir de su situación a algunas personas concretas, etc.

#### **4. Respeto a la tramitación del Documento**

La normativa prevé dos caminos alternativos para validar este Documento:

- Formalizarlo ante notario, como cualquier testamento; es el procedimiento que mejor puede garantizar que su voluntad será respetada.
- Firmarlo delante de tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, teniendo en cuenta, además, que dos de ellos, como mínimo, no han de tener relación de parentesco –hasta el segundo

grado–, ni tampoco vínculos patrimoniales con el otorgante. Si se hace uso de esta posibilidad, es necesario que los testigos firmen en el espacio reservado para ello en el propio Documento.

#### **5. Consideraciones finales**

Tenga en cuenta que su médico, sus familiares, su representante y representante sustituto han de conocer la existencia de este Documento, así como su contenido. Es muy recomendable, por tanto, que tengan copia y también que se adjunte a su historia clínica, allí donde la tenga abierta o puedan abrirla en el futuro.

No olvide poner la fecha y firmar el Documento, y hacer que tanto su representante como su representante sustituto también lo firmen, así como los testigos, si usted ha escogido esta opción para formalizarlo.

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI núm. y domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_, con plena capacidad de obrar y actuando libremente, otorgo el presente **Documento de voluntades anticipadas**.

En lo que se refiere a la interpretación y aplicación de este Documento, designo mi **representante** a \_\_\_\_\_, con DNI núm. \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ calle \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, quien deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario para el médico o el equipo sanitario que me atienda y como garante del cumplimiento de mi voluntad aquí expresada. De la misma manera, por si se diera el caso de renuncia o imposibilidad de mi representante designo como **representante sustituto** a \_\_\_\_\_, con DNI núm. \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_.

### **DISPONGO:**

Si en un futuro me encontrase en alguna de las situaciones que se señalan a continuación:

1. Demencia severa debida a cualquier causa (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer...)
2. Daños encefálicos severos debidos a cualquier causa (por ejemplo: coma irreversible, estado vegetativo persistente,...)
3. Enfermedad degenerativa neuromuscular en fase avanzada (por ejemplo: esclerosis múltiple,...)
4. Cáncer diseminado en fase avanzada (por ejemplo: tumor maligno con metástasis,...)
5. Enfermedad inmunodeficiente en fase avanzada (por ejemplo: SIDA,...)
6. (otras) \_\_\_\_\_

Y si a juicio de los médicos que entonces me atiendan (siendo por lo menos uno de ellos especialista) no hay expectativas de recuperación sin que se sigan secuelas que impidan una vida digna según yo la entiendo, **mi voluntad es que NO sean aplicadas –o bien que se retiren si ya han empezado a aplicarse– medidas de soporte vital o cualquiera otras que intenten prolongar mi supervivencia.**

**DESEO**, en cambio, que se instauren las medidas que sean necesarias para el control de cualquier síntoma que pueda ser causa de dolor, padecimiento o malestar, aunque eso pueda:

- a) Acortar mi expectativa de vida.
- b) Poner fin a mi vida.

### **Instrucciones adicionales:**

- a) \_\_\_\_\_.
- b) \_\_\_\_\_.



En caso que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aleguen motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, solicito ser transferido a otro u otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Firma del otorgante: \_\_\_\_\_.

Firma del representante: \_\_\_\_\_.

Firma del representante sustituto: \_\_\_\_\_.

En caso que el presente Documento se otorgue ante testigos y no ante notario:

Primer testigo: \_\_\_\_\_, DNI núm.: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

Segundo testigo: \_\_\_\_\_, DNI núm.: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

Tercer testigo: \_\_\_\_\_, DNI núm.: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

Si, más adelante, el otorgante quisiera dejar sin efecto el presente Documento podrá firmar, si lo desea, la siguiente orden de anulación:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI núm. \_\_\_\_\_, con plena capacidad de obrar y de manera libre **anulo y dejo sin efecto** el presente Documento de voluntades anticipadas en todos sus extremos.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

**RELACIÓ DE MIEMBROS DEL GRUP D'OPINIÓ DE  
L'OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET QUE HAN  
ELABORADO ESTE DOCUMENTO**

**María Casado.** *Directora de l'Observatori de Bioètica i Dret i del Màster de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.*

**Pilar Antón.** *Professora Titular d'Ètica i Legislació de l'Escola Universitària d'Infermeria. UB.*

**Montserrat Boada.** *Biòloga. Institut Universitari Dexeus de Barcelona.*

**Lídia Buisan.** *Metgessa. Consorci Hospitalari de la Creu Roja de l'Hospitalet.*

**Montserrat Busquets.** *Professora Titular d'Ètica i Legislació de l'Escola Universitària d'Infermeria. UB.*

**Maria Jesús Buxó.** *Catedràtica d'Antropologia Cultural de la UB.*

**Lluís Cabré.** *Metge. Hospital de Barcelona.*

**Mirentxu Corcoy.** *Catedràtica de Dret Penal de la Universitat Pública de Navarra.*

**Josep Egozcue.** *Catedràtic de Biologia Cel·lular de la Universitat Autònoma de Barcelona. Assessor del Consell d'Europa i de la Comissió Europea.*

**Maria Lourdes Frías.** *Notària de l'Il·lustre Col·legi de Notaris de Catalunya.*

**Roser Gonzàlez-Duarte.** *Catedràtica de Genètica de la UB.*

**Joaquim Martínez Montauti.** *Coordinador del Servei de Medicina Interna de l'Hospital de Barcelona.*

**M. Jesús Montoro.** *Catedràtica de Dret Administratiu de la UB.*

**Josep-Enric Rebés.** *President de la Comissió Jurídica Assessora de la Generalitat de Catalunya.*

**Encarna Roca.** *Catedràtica de Dret Civil de la UB.*

**Albert Royes.** *Professor d'Ètica Mèdica de la Facultat de Medicina de la UB.*

**Ramon Valls.** *Catedràtic d'Història de la Filosofia i Síndic de Greuges de la UB.*

## **RECENSIONES**



## RECENSIONES

**VERA, JOSÉ MIGUEL. *La Bioética. Una disciplina adolescente.***

Monografía del Instituto Milenio de Estudios Avanzados en Biología Celular y Biotecnología. Santiago-Chile, 2001. 165 págs.

Este nuevo libro sobre la Bioética da cuenta del creciente interés por la temática en nuestra Región, luego de un período en el cual nuestro retraso respecto de los países más desarrollados era evidente. No obstante el entusiasmo que provoca esta nueva producción, la evaluación crítica debiera continuar siendo exigente. Conviene ser condescendiente con los libros que se limitan, de cierta manera, a «traducir» lo que se produce en otras regiones del mundo; pero, también conviene promover al centro de la discusión los textos que intentan «pensar» una vez más los problemas actuales de la Bioética. Sobre todo, si contribuyen a integrar nuestras realidades en la perspectiva de los contenidos sobre los cuales existe un cierto consenso.

El libro de José Miguel Vera plantea una serie de temas que contribuyen a alimentar el debate sobre la Bioética. Ésta viene enunciada como «un dominio interdisciplinario que se conforma por la concurrencia de tres columnas vertebrales que aportan su sustancia... la Ética, que aporta en lo esencial una <teoría del bien>; el Derecho, que aporta un <sistema normativo> derivado de alguna teoría del bien; la biotecnología, una manifestación de la tecnociencia responsable de las

modificaciones radicales en el sistema de vida de la comunidad social, que es necesario regular y orientar en beneficio de la propia comunidad, toda vez que, tras la biotecnología, se perfila un elemento fundamental que es el <poder>» (pág.19). El accionar de estas tres columnas necesita de ciertas premisas para permitir la constitución de la Bioética, que tiene la tarea de procurar soluciones adecuadas al nuevo escenario mundial.

José Miguel Vera propone siete premisas –«proposiciones fundadoras o fundamentales para establecer los límites y la orientación de un dominio dado»–, que tienen por objeto la producción de una hermenéutica relativamente independiente de los tres dominios constitutivos de la Bioética –Ética, Derecho, tecnociencia–, para orientar y reforzar su desarrollo como multidisciplinaria:

### ***1. De la biorresponsabilidad***

«Todos y cada uno de los miembros de la comunidad social deben tener garantizada su seguridad vital ante los cambios derivados de la tecnología, en particular la biotecnología. Siempre hay un responsable de cualquier daño o menoscabo que produzcan dichos cambios. Esto no puede ser ignorado en ninguna circunstancia» (pág.20).

### ***2. De la bioseguridad***

«Todos y cada uno de los miembros de la comunidad social deben tener garantizada su seguridad ante peligros, riesgos o daños que un elemento, propio o extraño, pueda producir en el normal desarrollo de su sistema de vida. Estos deben ser advertidos,

neutralizados y eliminados» (pág.21).

### **3. De la biojusticia**

«Todos... merecen ser tratados en un plano de equidad... independiente de su raza, condición o estirpe... Hay un principio de dignidad humana que obliga a considerarlos como pares... La biojusticia implica el establecimiento de un patrón de dignidad humana para todos y cada uno de los miembros de la comunidad social» (pág.22).

### **4. De la no bioimpunidad**

«Cualquier daño provocado a su integridad física, salud o menoscabo mayor, derivado de la tecnología (biotecnología) no puede, bajo circunstancia alguna, quedar en la impunidad. Es decir, los daños provocados en este contexto siempre tienen un causante y éste debe ser determinado y debe responder ante el o los afectados y, ante la propia comunidad social» (pág. 23).

### **6. De la biotolerancia**

«Todos... tienen derecho a manifestarse vitalmente en los términos que estimen conveniente. Así, también, todos... deben respetarse los unos a los otros. Esto implica, a la vez, el respeto por la biodiversidad y la necesidad que ésta se mantenga» (pág. 23).

### **6. De la biosolidaridad**

«Todos... tienen la razonable expectativa de contar con el apoyo de sus pares frente a circunstancias adversas o para proyectarse a un punto de estabilidad básica de pervivencia. Es una obligación moral para las comunidades más solventes y políticamente más estables la ayuda a los menesterosos en situaciones críticas» (pág. 24).

### **7. De la biodiversidad global**

«Todos... tienen el derecho a ser protegidos. Los seres humanos tienen la obligación de proteger el equilibrio vital natural. Es necesario instaurar los <derechos vitales>. Es decir, la obligación de la comunidad social de mantener los equilibrios naturales que

garanticen la vida sobre el planeta, esto involucra a animales y plantas» (pág. 25).

Sería muy largo dar cuenta del comentario propuesto por José Miguel Vera a cada una de estas siete premisas. Dos aspectos complementarios merecen ser evocados brevemente: en primer lugar, sobre la relación de la Bioética con el tema del poder y, luego, sobre la responsabilidad moral de los expertos.

Desde las primeras páginas José Miguel Vera afirma que la Bioética «en la medida que incide en el manejo del poder... es un mecanismo en el desarrollo político de la comunidad social de máxima influencia, no sólo para el manejo de los estados en particular sino, además, para las organizaciones internacionales que operan sobre los estados» (pág. 27).

Sin embargo, la anterior afirmación no es aún suficiente para dar cuenta de la relación de la Bioética con el poder. Éste, en principio, debiera beneficiarse con las nociones/referencias de <deber y bien> que se enuncian en el contexto de la Bioética. Pero, para ello sería aun necesario un cierto consenso en torno a una interpretación común, equivalente a juicio de experiencia. Este juicio se desprendería de una cierta comprensión de los dramas históricos, sobre todo durante el siglo XX, en los cuales tanto «víctimas como victimarios actuaron en un escenario común»... y donde... «todas las conductas en juego eran igualmente libres», donde, más aún, «todos los actores creían actuar bien, en la medida que cumplían con su deber» (pág. 38).

La <respuesta> a esta <creencia> de actuar bien, en condiciones que los actores desembocan en el drama histórico legitima la afirmación siguiente, a través de la cual se materializa el accionar de la bioética: «Las condiciones de la posibilidad del poder son las mismas que las condiciones de la posibilidad de los objetos del poder» (pág. 35). La Bioética busca comprender y evaluar estos

objetos del poder, en particular los que se manifiestan gracias a la tecnociencia, a fin de dar, en el ámbito de la vida cotidiana, una consistencia a las nociones de <deber y bien>. He aquí entonces, donde la Bioética se relaciona de manera fundamental con el tema del poder.

La responsabilidad moral de los expertos aparece a través de «la incidencia de la tecnología en el comportamiento humano» cuya magnitud es tal, «que se podría hablar de una suerte de virtualidad transformativa en el contexto social. Los niveles de abstracción que exige la modernidad, esencialmente derivados de la ciencia y la tecnología orientados hacia un alto grado de especialización, apuntan a una relación instrumental con la naturaleza que inevitablemente excluye a los no iniciados en el manejo de máquinas de alta tecnología» (pág. 59).

La responsabilidad moral de los expertos surge de esta realidad. Esta responsabilidad «implica una posición de principio a los propios expertos. Se les pide claridad en sus discursos, independencia política, ideológica y religiosa, pero sólo en sus funciones como tales. Sobre ellos o, mejor dicho, sobre su transparencia descansará la univocidad de los conceptos. La tal univocidad apunta a

la significación, una y la misma, más allá de las fronteras del lenguaje. Es decir, el diálogo institucional entre los estados, remitido a la ciencia y sus efectos, no debe sufrir tergiversación alguna, y si la sufriera debe ser puesta de manifiesto y rechazada frontalmente... Por lo tanto, así como la ciencia y la tecnología han significado una elevada cantidad de perjuicios, es menester que la comunidad social tenga una información fidedigna que le dé confianza y seguridad» (pp.70-71).

Finalmente conviene destacar que este libro se termina con un comentario, denominado «*Metadiseño*», del Dr. Humberto Maturana, en el cual éste entra en diálogo con José Miguel Vera a partir de dos interesantes preguntas: «¿Quién guía el devenir de la humanidad, las máquinas o nosotros los seres humanos? O, las máquinas, ¿son instrumentos o dominadores del hacer humano?» (pág. 133). Este comentario replantea la discusión sobre una serie de temáticas abordadas en el texto.

Aconsejamos, pues, la lectura del libro de José Miguel Vera puesto que contribuye a ensanchar el ámbito en el cual la Bioética se pone en discusión a partir de sí misma.

*Sergio Zorrilla Fuenzalida.*

## MARCO TULIO CICERÓN

### *De Senectute*

Editorial Triacastela, Madrid, 2001.

209 páginas.

Debe celebrarse la preparación de una edición renovada y comentada del famoso libro de Cicerón. Es uno de los pocos que en la Antigüedad Clásica ha celebrado la vejez, si bien, al decir de algunos comentaristas, se trata de una apología sospechosa pues el tono positivo de algunas páginas parece negarse en otras.

El título real del libro es *Cato maior de senectute liber* y está escrito en forma de un diálogo entre Catón el Viejo con dos jóvenes, Escipión, hijo de Pablo Emilio, y su amigo Lelio. Catón es una excepción en su época, pues se le representa de ochenta y cuatro años. Los jóvenes se admiran de la intensa actividad desplegada por el octogenario, y éste da sus famosas razones para no renegar de la vejez y aceptarla como una etapa más de la vida, rica en dones y placeres. Que tales dones y placeres son distintos de los que se goza en otras edades es evidente de suyo y a ello se dirigen las reflexiones del libro.

Cuando Cicerón escribe esta obra cuenta sesenta y dos años. No sabe que morirá pronto, a manos de enemigos políticos mendaces, de los que su mordacidad y afilada retórica le granjeó muchos en su vida de hombre público, político, polemista y escritor. Su libro debe ordenarse entre los textos didácticos, aquellos que enseñan a vivir mejor. Hoy día, sería considerado un libro de autoayuda, esos “*self-help books*” que tienen respuestas para todo y que inspiran tan buenos sentimientos de control a las personas. Es, auténticamente, un tratado de “gerogogía”, como debería llamarse al arte de aprender a envejecer.

Cicerón pone en boca de Catón muchos argumentos que proceden de la tradición griega, especialmente de Platón, y algunos pasajes recuerdan el discurso de Céfalo en

La República. Por ejemplo, Catón confiesa a sus jóvenes oyentes que algunos placeres ya no se pueden obtener, pero la naturaleza sabiamente quita el deseo de tenerlos. La culpa de que la vejez sea ingrata no está en ella misma sino en las costumbres. Pues aquellos viejos que han cultivado la virtud a lo largo de su vida, que son moderados y no exigentes, que han tenido una vida “bien llevada” no debieran tener quejas ni mayores penas.

El tema central de la obra —o, más bien, uno de los temas centrales— consiste en una refutación ordenada de cuatro motivos por los que la vejez puede parecer miserable.

El primer argumento es que la vejez aparta de las actividades. Catón (Cicerón, a través de Catón) se pregunta de cuáles. Las cosas grandes no se hacen con las fuerzas, la rapidez o la agilidad del cuerpo sino mediante el consejo, la autoridad y la opinión, cosas todas de las que la vejez, lejos de estar huérfana, prodiga en abundancia. Aunque es verdad que la memoria disminuye, hay ejemplos notables de viejos capaces de recitar pasajes enteros de obras literarias, como Sófocles, cuando convenció a los jueces declamando *Edipo en Colona*. Otros ancianos, de los que no se escatiman ejemplos, tuvieron la dicha de que sus estudios duraran lo que su misma vida. Bella manera de decir que estuvieron siempre renovándose y aprendiendo. Sócrates, por ejemplo, empezó a estudiar la lira y el propio Catón la lengua griega en la ancianidad.

La segunda razón para deplorar la vejez es la pérdida de la fuerza física. El argumento de Cicerón, puesto en boca de Catón, es que la vida no debe valorarse por ella. Pero es obvio que decrece. También es obvio que abundan las enfermedades. Mas éstas ¿no son también propias de los jóvenes? ¿es que alguien está libre de la debilidad y la dolencia? “Hay que hacer frente a la vejez, Lelio y Escipión, y hay que compensar sus defectos con la diligencia. Lo mismo que hay que luchar contra la enfermedad, hay que hacer-



lo contra la vejez”, dice el sabio anciano. Y agrega algo que suena muy moderno: “Es preciso llevar un control de la salud, hay que practicar ejercicios moderados, hay que tomar la cantidad de comida y bebida conveniente para reponer las fuerzas, no para ahorrarlas. Y no sólo hay que ayudar al cuerpo, sino mucho más a la mente y al espíritu. Pues también estos se extinguen con la vejez, a menos que les vayas echando aceite como a una lamparilla”.

Estos pasajes son recomendaciones dietéticas, en el sentido de una forma de vida acorde con la edad. Suenan, en realidad, como de sentido común, y sin embargo fueron escritos cuarenta años antes de la era cristiana. Hay que hacer notar que Catón agrega, a continuación, que la vejez “es honorable si ella misma se defiende, si mantiene su derecho, si no es dependiente de nadie y si gobierna a los suyos hasta el último aliento”. Estas observaciones, podría argüirse, con ser muy atinadas, no se aplican a muchos viejos que padecen la tortura de la dependencia y la pobreza. Catón habla, en realidad, de aquellos viejos que pueden sumergirse en sus estudios y ni siquiera darse cuenta de que envejecen.

Hay una razón, la tercera, para lamentar volverse viejo, que es tal vez una de las más frecuentemente citadas: la edad proveceta hace perder placeres. En esta parte, el viejo Catón lanza una diatriba contra los placeres. La pasión, alega, nos arrastra a acciones vergonzosas y criminales. Es una suerte que la edad aleje de nosotros lo que es lo más pernicioso de la juventud. “...nada hay tan detestable como el placer, si es verdad que éste, cuando es demasiado grande y prolongado, extingue toda la luz del espíritu”. No sólo no hay que reprochar a la vejez que sepa prescindir de los placeres, hay que felicitarla por ello. Una vida virtuosa es garantía de bienestar.

La argumentación es bastante diáfana cuando se trata de los placeres de la mesa, toda vez que al privarse de excesos, de co-

milonas y libaciones, la vida es más grata. Pero con respecto al amor y al sexo, tema entonces muy debatido y asunto de perenne importancia, la discusión es algo más difusa. El anciano observa que disminuye el deseo y por lo tanto hay menos necesidad de obtener satisfacciones en ese ámbito. Sobre todo, dice, “para los que están satisfechos y ahítos es mucho más agradable la carencia que el disfrute”. De esta frase se infiere lo inverso de lo que previamente el anciano ha predicado, pues ¿quién puede estar satisfecho y ahíto de placeres si ha llevado una vida virtuosa privándose de ellos? Resulta que la carencia es buena para el que ya está hartado. Y para hartarse, obviamente, hay que haber gozado. Otro punto ambiguo es la declaración de que tales placeres no están lejanos del todo. “La vejez, dice, disfruta de ellos (los placeres) lo suficiente aunque los vea de lejos”. No tan de lejos los ha de haber visto el autor Cicerón, quien, a los sesenta años se ha divorciado de Terencia tras veintinueve años de matrimonio para casarse con su joven pupila Publilia.

En el capítulo de los placeres hay una larga exaltación de los que brinda la agricultura. Ver crecer las plantas, vigilar lo sembrado, acumular los frutos de la tierra, vivir la paz bucólica del campo, son temas en los que el autor se explaya.

Hay que reconocer, sin embargo, que toda la dulzura de la vida puede verse empañada por la avaricia y la pesadez de ancianos que desean más de lo que los jóvenes desean concederles. Pobres de ellos, “pobre de la vejez que tiene que defenderse con palabras”. Porque, dice, “ni las canas ni las arengas pueden proporcionar autoridad de repente, sino que es la vida anterior vivida honestamente la que recoge los últimos frutos de la autoridad”. Implícitamente, el autor Cicerón, a través de su personaje Catón, está elevando el respeto a la dignidad de un placer propio de la vejez. Placer que, no precisa decirse, deriva de la vida previa, es fruto del esfuerzo de antes. En la sociedad romana, se

concedía una autoridad muy particular a los ancianos en la figura del *pater familias*. Como indica Georges Minois en una reflexiva nota, a partir del siglo IV la desintegración progresiva del *gens* dio lugar a las *familiae* independientes, cuyos miembros estaban unidos por lazos jurídicos más que naturales bajo la *patria potestas* por nacimiento del mismo padre o bien por adopción o matrimonio. Bajo el sistema de la *agnatio*, el poder está vinculado al parentesco por vía masculina, lo cual explica que sea el hombre, y el hombre viejo, quien goza de absoluto poder. Su autoridad, que no conoce límites, es frecuente motivo de burla en el teatro y en la literatura. Por ende, es una figura ambigua. Por una parte, goza de poder y autoridad, por otra es odiado. No siempre es figura de respeto, especialmente si pierde bienes y poder. La pugna con las generaciones jóvenes, a menudo ejemplificadas en la figura del hijo, encuentra resonancias de marcados acentos, tal vez mayores que en otras tradiciones.

La última razón para deplorar la vejez, la proximidad de la muerte, es analizada en *De Senectute* en un registro que ya se ha convertido en tópico. “Si no vamos a ser inmortales, es deseable, por lo menos, que el hombre deje de existir a su debido tiempo. Pues la naturaleza tiene un límite para la vida, como para todas las demás cosas”. Si no hay nada después de la muerte, nada debemos temer. Si la muerte es la puerta para vida eterna, debiéramos deseársela. Por supuesto, en la época de Cicerón el tema de la longevidad tenía caracteres distintos de la época actual. Hoy no es improbable que una persona promedio, en un país medianamente civilizado, pueda aspirar a una larga vida. Por ende, desear vivir muy largo no es ambición descabellada. El tema de la calidad de la vida larga es el que ahora nos preocupa y conmueve. La disposición del tiempo libre, el goce del ocio, la satisfacción de las necesidades, todos los duelos, casi diarios, que significa la pérdida de ascendiente y di-

nero son hoy día más relevantes. Una vida terminada “a su debido tiempo” supone una reflexión filosófica profunda. Es a esa reflexión a la que alude Daniel Callahan cuando en su libro “*Setting Limits*” trata de precisar qué es una vida adecuadamente vivida y cuándo es razonable que termine. Conocida es su propuesta de racionar los recursos sanitarios sobre la base de la edad, que ha causado más de alguna ácida polémica.

El libro de Cicerón es un bello monumento al ideal. Ojalá todos pudieran vivir y morir como el sabio tribuno imagina y recomienda. Ojalá sus recomendaciones fueran leídas y meditadas. Tal vez no a todos convenga el género de vida que allí se describe. Sus páginas destilan una suerte de esperanzada alegría, un útil recuerdo de que siempre hay algo mejor a qué aspirar. Como apología de la vejez, logró el libro su propósito. Pero, como la vejez misma, es una apología de doble faz. Aquello que se celebra también puede ser objeto de preocupación. Lo deleitable es a veces negativo. La vejez, como la vida misma, siempre aceptará miradas múltiples y contradictorias.

*Fernando Lolas Stepke*

## INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

### 1. Presentación de los artículos

Los trabajos enviados a *Acta Bioethica* deberán prepararse de acuerdo con la quinta edición (1997) de los «Requisitos Uniformes Para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas» (Estilo Vancouver), establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Ver, por ejemplo:

International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47.

URL: <http://www.etikhom.no/NEM/REK/vancouv.htm>

### 2. Requisitos técnicos

Los manuscritos serán enviados a:

a) Correo Electrónico: [bioetica@chi.ops-oms.org](mailto:bioetica@chi.ops-oms.org) (en attachment) o

b) Dirección Postal: texto impreso en papel bond blanco, medida estándar ISO A4, con márgenes de por lo menos 2,5 cm, impreso sólo sobre una cara del papel, espaciado doble. El original será acompañado de copia en formato electrónico (diskette 3-1/2") en formato MS Word o Word Perfect.

Las páginas serán numeradas en forma consecutiva, empezando por la página de título.

La extensión del texto no debe exceder las 6000 palabras, incluyendo cuadros y gráficos.

Conserve copias de todo el material enviado.

### 3. Esquema estructural del trabajo

#### 3.1 *Página titular*

La primera página del manuscrito contendrá: 1) El título del trabajo, que debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación; 2) el nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional; 3) nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4) declaraciones de descargo de responsabilidad, si las hubiera 5) nombre, dirección, número de Fax y Correo Electrónico del autor responsable de la correspondencia relativa al manuscrito y solicitudes de separatas.

#### 3.2 *Resumen y palabras-clave*

La segunda página incluirá un resumen de no más de **250 palabras** que describa los propósitos del estudio o investigación, metodología empleada y las conclusiones más importantes.

Al final del resumen los autores deberán agregar e identificar como tal, de tres a diez «palabras-clave» o frases cortas, que ayuden a los indizadores a clasificar el artículo, las cuales se publicarán junto con el resumen. Utilice para este propósito los términos enlistados en el Medical Subject Headings (MeSH) del *Index Medicus*; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no figuren en los MeSH, pueden usarse las expresiones actuales. Consultar siguiente URL:

- <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Se recomienda a los autores proporcionar su propia traducción del resumen al inglés (abstract), el cual también debe consignar listado de palabras-clave (key words). *Acta Bioethica* realizará dicha traducción para quienes no puedan proporcionarla.

### **3.3 Introducción**

Expresé el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

### **3.4 Metodología**

Detalle los métodos, técnicas y procedimientos seguidos para recoger u organizar la información.

### **3.5 Resultados**

Presente los resultados en secuencia lógica dentro del texto, cuadros e ilustraciones. No repita en el texto todos los datos de los cuadros o las ilustraciones; enfatice o resume sólo las observaciones importantes.

### **3.6 Discusión**

Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No repita en forma detallada los datos u otra información ya presentados en las secciones Introducción y Resultados. En la sección Discusión explique el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus implicaciones en investigaciones futuras.

Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos presentados. Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

### **3.7 Agradecimientos**

Como Apéndice del texto, una o más declaraciones deberán especificar a) colaboraciones que deben ser reconocidas pero que no justifican autoría, tales como apoyo general del jefe del departamento b) ayuda técnica recibida c) apoyo financiero y material y d) las relaciones financieras que puedan crear un conflicto de intereses.

Expresé su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

### **3.8 Referencias**

- Las referencias deberán numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto ( Sistema de orden de mención ). Si una referencia es citada más de una vez, su número original será utilizado en citas posteriores.

- Si fuese necesario citar un número de página, este será incluido dentro del paréntesis con el número de referencia. Esta práctica se recomienda al referenciar citas textuales.

La resolución instó a los Gobiernos Miembros a «realizar esfuerzos especiales a través de contribuciones voluntarias para el desarrollo de la investigación catalítica» (17, p.240).

- Identifique las referencias en el texto, tablas y leyendas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude.

- Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

- Las referencias deberán ser listadas en orden numérico al final del texto.

- Absténgase de utilizar resúmenes como referencias.

- Las referencias de artículos aceptados pero aún no publicados deberán designarse como «en prensa» o «próximamente a ser publicados»; los autores obtendrán autorización por escrito para citar tales artículos, así como la comprobación de que han sido aceptados para publicación.

**- Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.**

- Emplee el estilo de los ejemplos descritos a continuación, los cuales están basados en el formato que la U.S. National Library of Medicine (NLM) usa en el *Index Medicus*. Al referenciar revistas científicas cítelas por su nombre completo (no abreviado).

(Consultar: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190. o URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

## **Ejemplos**

### **3.8.1 Artículos de revistas científicas**

**- Autor Individual, artículo que forma parte de una serie**

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 1985;44(4):225-260.

#### ***Más de seis autores***

Liste los seis primeros autores seguidos por «et al».

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. *British Journal of Cancer* 1996; 73: 1006-12.

### ***Autor corporativo***

Organización Panamericana de la Salud, Programa Ampliado de Inmunización. Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1993;115(4):281-290.

### **3.8.2 Libros y otras monografías**

#### ***Individuos como autores***

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2<sup>nd</sup>. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

#### ***Directores (editores) o compiladores como autores***

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). *Mental health for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### ***Capítulo de libro***

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, (eds). *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and manangement*. 2<sup>nd</sup>. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

### **Material electrónico**

#### ***Artículo de revista en formato electrónico***

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

### **Para mayor información y ejemplos adicionales consultar:**

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997;126:36-47.

URL: <http://www.adm.org.mx/biblioteca/req.html> (Español)

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (Inglés)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm> (Español)

URL: <http://www.ijhp.org/manuscript.htm> (Inglés)

### 3.9 Cuadros e ilustraciones

Limite el número de cuadros e ilustraciones a aquellos estrictamente esenciales para la comprensión del texto presentado.

## 4. Separatas

Deben ser solicitadas por escrito a *Acta Bioethica*, después de recibir comunicación oficial de aceptación del manuscrito enviado. Se asignarán cinco separatas libres de costo a cada autor que lo solicite. Para cantidades superiores de separatas, solicitar Tabla de Costos.

**NOTA:** Para la elaboración del presente documento el *Departamento de Publicaciones y Difusión del Programa Regional de Bioética OPS/OMS* consultó las siguientes fuentes bibliográficas:

Organización Panamericana de la Salud. *Manual de estilo OPS*. Washington,DC: OPS; 1995.( Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1)

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

Day R. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación Científica 526)

Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.

National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

Y los siguientes URL:

<http://www.adm.org.mx/biblioteca/req.html>

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>

<http://www.ijhp.org/manuscript.htm>

<http://www.etikom.no/NEM/REK/vancouv.htm>

[http://www.facs.org/about\\_college/acsdept/jacs/manureq](http://www.facs.org/about_college/acsdept/jacs/manureq)

# GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

(Extractadas de las «Instrucciones a los Autores»)

Debe ser revisada por el autor responsable, marcando su aprobación en cada casillero que corresponda y enviada juntamente con el manuscrito.

- Este trabajo (o partes importantes de él) es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de *Acta Bioethica*.
- El artículo no excede las 6.000 palabras, incluyendo cuadros e ilustraciones.
- Incluye un resumen de hasta 250 palabras, en castellano y en inglés.
- Las citas bibliográficas se presentan en el estilo internacional exigido por la revista. (Estilo Vancouver)
- El manuscrito fue organizado de acuerdo a las «Instrucciones a los Autores».
- Se indican números telefónicos, de fax y correo electrónico del autor que mantendrá correspondencia con *Acta Bioethica*.

---

Nombre y firma del autor que mantendrá contacto con *Acta Bioethica*.

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



# INSTRUCTIONS TO AUTHORS

## 1. Presentation of articles

Manuscripts submitted to Acta Bioethica should be prepared in accordance with the fifth edition (1997) of the Uniform Requirements Submitted to Biomedical Journals (Vancouver Style).

See, for example, :

- International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47
- URL: <http://www.etikkom.no/NEM/REK/vancouv.htm>

## 2. Summary of technical requirements

Papers should be printed out on a A4 paper, on one side only, in double spacing, with a margin of at least 2.5 cm on four sides of page.

Two copies should be submitted together with a 3-1/2" diskette containing the text and tables in MS Word or Word Perfect format, stating clearly which version of the software has been used.

Number pages consecutively, beginning with the title page. Put the page number in the upper or lower right-hand corner of each page.

Articles' length should not exceed 6.000 words, including tables and illustrations.

Keep copies of everything submitted.

## 3. Structural scheme

### 3.1 Title page

The title page should carry:

The title of the article, which should be concise but informative;

The name by which each author is known, with his or her highest academic degree (s) and institutional affiliation;

The name of the department (s) and institution (s) to which the work should be attributed;

Disclaimers, if any;

The name and address of the author responsible for correspondence about the manuscripts and requests for reprints, together with his/her phone number and E-mail;

### 3.2 Abstracts and key words

The second page should carry an abstract not exceeding 250 words in length to state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings and the principal conclusions.

Below the abstract authors should provide, and identify as such, 3 to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing the article. Terms from the medical subject

headings (MeSH) list of *Index Medicus* should be used; if suitable MeSH terms are not yet available for recently introduced terms, present terms may be used.

(URL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)

### **3.3 Introduction**

State the purpose of the article and summarize the rationale of the study or observation. Give only strict pertinent references and do not include data or conclusions from the work being reported.

### **3.4 Methods**

Provide detailed information about methods, techniques and procedures used for collecting and organizing data.

### **3.5 Results**

Present your results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all data in the tables or illustrations; emphasize or summarize only important observations.

### **3.6 Discussion**

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them. Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or the Results section. Include in the Discussion section the implications of the findings and their limitations.

Link the conclusions with the goals of the study but avoid unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. Recommendations, when appropriate, may be included.

### **3.7 Acknowledgements**

As an appendix to the text, one or more statements should specify (a) contributions that need acknowledging but do not justify authorship, such as general support by a departmental chair; (b) acknowledgements of technical help; (c) acknowledgements of financial and material support, and (d) relationships that may pose a conflict of interest.

### **3.8 References**

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. If a reference is cited more than once, its original number is used again in subsequent citations. No reference should be assigned more than one number.

If it is deemed necessary to call attention to a specific page within a reference, the page number may be added in roman type inside the parenthesis with the reference number. This practice is recommended when referencing direct quotations.

The resolution urged the Member Governments to “make special voluntary contributions for the carrying out of catalytic research” (17, p.240).

Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parenthesis. References cited only in tables or legends to figures should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure.

All references should be listed in numerical order at the end of the text.

Avoid using abstracts as references.

References to papers accepted but not yet published should be designated as “in press” or “forthcoming”; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication.

### ***The references must be verified by the author (s) against the original documents***

Use the style of the examples below, which are based on the formats used by the U.S National Library of Medicine (NLM) in *Index Medicus*. The titles of journals should be presented without abbreviations

( consult: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.; URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

The “Uniform Requirements” style (the Vancouver Style) is based largely on an American National Standards Institute (ANSI) standard style adapted by the NLM for its data bases.

## **Sample Reference Formats**

### ***3.8.1 Journal article***

#### ***Individual author, article in a Series***

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 1985;44(4):255-260.

#### ***More than six authors***

List the first six authors followed by “et al”.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *British Journal of Cancer* 1996; 73: 1006-12.

#### ***Corporate author***

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 1993;27(3):287-296.

### 3.8.2 Books and other monographs

#### *Personal author(s)*

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2<sup>nd</sup>. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

#### *Editor(s), compiler(s) as author*

Norman IJ, Redfern SJ, (eds.). *Mental health for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### *Chapter in a book*

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, (eds.). *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2<sup>nd</sup>. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

### 3.8.3 Electronic Material

#### *Journal article in electronic format*

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

#### **Further explanation and examples may be consulted at:**

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

URL: <http://www.adm.org.mx/biblioteca/req.html> (SPA)

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (ENG)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISIPUB.htm> (SPA)

URL: <http://www.ijhp.org/manuscript.htm> (ENG)

### 3.9 Tables and Illustrations

The number of tables and illustrations should be strictly limited, only those that are essential to the understanding of the text being included.

**NOTE:** The above-mentioned guidelines were prepared by the **Publications and Dissemination Department of PAHO/WHO Regional Program on Bioethics** taken as reference the following bibliographic sources:

- Pan American Health Organization. *PAHO Style Manual*. Washington, DC:PAHO;1995.(PAHO-OPS STAND/ 95.1)
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.
- Day R. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación Científica 526)
- Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.
- National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

***And following URL:***

<http://www.adm.org.mx/biblioteca/req.html>

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>

<http://www.ijhp.org/manuscript.htm>

<http://www.etikkom.no/NEM/REK/vancouv.htm>

[http://www.facs.org/about\\_college/acsdept/jacs/manureq](http://www.facs.org/about_college/acsdept/jacs/manureq)

# REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS

(From “Instructions to Authors”)

This form should be checked up by the responsible author, stating approval by ticking corresponding boxes and should be submitted together with the manuscript.

- This manuscript ( or important parts of it) have not already been published and if accepted for publication in *Acta Bioethica* it will not be submitted for publication elsewhere without the agreement of the PAHO/WHO Regional Program on Bioethics.
- The paper has been printed out on A4 paper, one-sided, and in double spacing.
- The paper does not exceed 6000 words in length, including tables and illustrations.
- An abstract not exceeding 250 words in length is provided.
- Bibliographical references are cited in accordance with the “Uniform Requirements” style (Vancouver Style).
- The paper was prepared according to “Instructions to Authors”.
- Fax and phone numbers, together with the corresponding author’s E-mail are provided.

.....

.....

Corresponding Author Name and Signature

Phone:..... Fax.....

E-mail.....

## TABLA DE CONTENIDOS ACTA BIOETHICA 2000 -AÑO VI - N1

**Editorial:** *Fernando Lolas Stepke*

**Presentación:** *Sergio Zorrilla Fuenzalida*

- Medicina paliativa: Filosofía y consideraciones éticas  
*Robert Twycross.*
- El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos  
*Gustavo G. De Simone.*
- Cuidados paliativos en el domicilio  
*Hugo Antonio Fornells.*
- Sedación en cuidados paliativos: reflexiones éticas  
*Josep Porta i Sales.*
- El derecho a morir con dignidad  
*Paulina Taboada.*
- Antropología del dolor. El aporte de David Le Breton  
*Reinaldo Bustos.*
- La muerte y el suicidio en la poesía de Rainer Maria Rielke  
*Otto Dörr Zegers.*

### Interfaces

- Bioética hermenéutica  
*Raúl Villarroel .*
- La consideración de los nuevos Derechos Humanos en la legislación sobre reproducción asistida  
*Juan José Puerto.*

### Recensiones

*Fernando Lolas S.*

### Suplemento

Radiografía bioética de un país - **BRASIL**  
*Volnei Garrafa.*

### Guía de Exigencia para los Manuscritos e Instrucciones a los Autores

## TABLA DE CONTENIDOS *ACTA BIOETHICA* 2000 - AÑO VI - N° 2

### **Editorial**

*Sergio Zorrilla Fuenzalida*

- Del sentido de la Bioética  
*Jean Ladrière.*
- Sobre constructivismo moral: necesidad de una axiografía empírica  
*Fernando Lolas Stepke.*
- Hacia una integración supranacional de los principios rectores sobre el genoma humano.  
*Gonzalo figueroa Yáñez.*
- Consideraciones jurídicas en torno al concepto de eutanasia  
*Adelio Misseroni Raddatz.*
- Anencefalia: consideraciones bioéticas y jurídicas  
*Pedro Federico hooff.*

### **Ética de las publicaciones biomedicas**

- Ética de la publicación biomédica: legalidad y legitimidad  
*Fernando Lolas Stepke.*
- Análisis de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos contenidos en las Instrucciones a los Autores de 139 revistas científicas brasileñas  
*Trajano Sardenberg, Sergio S. Müller, Hamilton R. Pereira, Reinaldo A. Oliveira y William S. Hossne*

### **Interfaces**

- Más allá de la enfermedad: las prerrogativas de la biomedicina actual  
*María Lucrecia Rovaletti*
- «*Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos*». Análisis de la 5ª Reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo  
*Jorge Luis Manzini*
- La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la Bioética  
*Favio Rivas M.*

### **Recensiones**

- Fernando Lolas Atepke.  
Lorenzo Agar Corbinos

### **Guía de Exigencia para los Manuscritos e Instrucciones a los Autores**





