

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS

“DIGNIDAD Y SENTIDO DE LA VIDA EN LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR”

PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA BARROSO HERNÁNDEZ

TUTOR:

DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO

CIUDAD UNIVERSITARIA, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO 1: LA DIGNIDAD DEL HOMBRE	
1.1 La dignidad del hombre en Pico della Mirándola	3
1.2 La dignidad del hombre en Pérez de Oliva	7
1.3 La dignidad del hombre en Emmanuel Kant	9
1.4 Ubicación de la dignidad en el hombre contemporáneo	14
CAPÍTULO 2: ASPECTOS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO	
2.1 Reflexión filosófica del envejecimiento y la dignidad del adulto mayor	26
2.2 Aspecto biológico del envejecimiento	34
2.3 Aspectos sociomédicos del envejecimiento	45
2.4 Derechos de los adultos mayores	51
CAPÍTULO 3: LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL Y SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO	
3.1 La vejez en la sociedad actual. Números y situación	62
3.1.1 La vejez una realidad antropológica e histórica innegable	62
3.1.1.1 En las culturas primitivas: el viejo como sujeto de más autoridad	62
3.1.1.2 En la cultura griega clásica el viejo como enfermo	63
3.1.1.3 En el mundo moderno: el viejo como jubilado	64
3.1.2 La nueva situación de los ancianos en los países desarrollados	65
3.1.2.1 Aspectos demográficos	66
3.1.2.2 Seguridad Social	71
3.1.2.3 Los principales problemas	79
3.1.2.4 ¿Qué significa todo esto para nosotros? ¿Podemos vivir más y mejor?	82
3.1.2.4.1 El aplazamiento del envejecimiento biológico	86
3.1.2.4.2 El avance del envejecimiento social	87
3.1.2.4.3 El “ageísmo” en una sociedad tecnicista y utilitarista	89
3.1.3 La deshumanización entorno a la ancianidad en América Latina	92
3.1.3.1 Aspectos demográficos	92

3.1.3.2 Envejecer en América Latina: principales problemas	93
3.1.3.3 El anciano en México	96
3.2 Conceptualización para el estudio del envejecimiento	99
3.2.1 Sentido y significado de la vejez	99
3.2.1.1 Características fundamentales del envejecimiento humano ..	99
3.2.2 Hacia una reflexión científico-existencial sobre el envejecimiento	103
3.2.2.1 Objeto y finalidad de la gerontología	103
3.3 La persona que envejece en el marco de su experiencia concreta.	
La comprensión de la vejez a partir de las ciencias humanas	104
3.3.1 Algunos aspectos sociológicos del envejecimiento	104
3.3.1.1 La vejez como una etapa de adaptaciones	104
3.3.1.1.1 Adaptación a los cambios en el ámbito familiar ...	105
3.3.1.1.2 Adaptación a los cambios de la situación	
laboral: la jubilación	107
3.3.2 ¿Por qué envejecemos y por qué morimos?	108
3.3.3 ¿Qué significa todo esto que aquí presento?	118

CAPÍTULO 4:
LA BIOÉTICA EN EL EJERCICIO MÉDICO
FRENTE AL ADULTO MAYOR.

4.1 El papel de la ética en la relación médico-paciente	125
4.1.1 Antecedentes	125
4.1.2 El papel de la bioética	128
4.2 La bioética médica contemporánea	136
4.3 Los principios fundamentales de la bioética	138
4.4 La bioética médica en la atención del adulto mayor	142
4.4.1 Formación profesional	142
4.4.2 La atención de los adultos mayores	146
4.4.3 El envejecimiento: entre la medicina y la bioética	150
4.4.4 La propuesta de la bioética médica	160
4.4.5 Un caso del final de la vida: paciente con hipertensión y	
bloqueo auriculoventricular	163

CONCLUSIONES	166
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	172
--	-----

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de la vejez, es como si esta palabra abarcara una realidad bien definida. En verdad, cuando se trata de nuestra especie, nos es fácil delimitarla. Es un fenómeno biológico: el organismo del hombre de edad presenta ciertas singularidades. La vejez acarrea consecuencias psicológicas: ciertas conductas se consideran con justa razón como características de una edad avanzada. Como todas las situaciones humanas, tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto, su relación con el mundo y su propia historia. Por otra parte, el hombre no vive jamás en estado de naturaleza; en su vejez, como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece. Lo que hace compleja la cuestión es la estrecha interdependencia de estos diferentes puntos de vista. Es una abstracción, como se sabe ahora, considerar por separado los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: se gobiernan mutuamente. Ya veremos que en la vejez esta relación particularmente evidente, siendo por excelencia, la esfera de lo psicosomático. Sin embargo, lo que se llama la vida psíquica de un individuo sólo puede entenderse a la luz de su situación existencial; esta tiene, pues, repercusiones sobre su organismo; y a la inversa: la relación con el tiempo se experimenta de modo diferente según que el cuerpo esté más o menos deteriorado.

La sociedad asigna al adulto mayor su lugar y su papel teniendo en cuenta su idiosincracia individual, su impotencia, su experiencia, recíprocamente, el individuo está condicionado por la actitud práctica e ideológica de la sociedad para con él.

Cuando Buda era todavía el príncipe Sidarta, encerrado por su padre, en un magnífico palacio, se escapó varias veces para pasearse en coche por los alrededores. En su primera salida encontró a un hombre achacoso, desdentado, todo lleno de arrugas, canoso, encorvado, apoyado en un bastón, balbuceante y tembloroso. Ante su asombro, el cochero le explicó lo que es un viejo: “que desgracia, exclamó el príncipe, que los seres débiles e ignorantes, embriagados por el orgullo propio de la juventud, no vean la vejez. Volvamos rápido a casa. De qué sirven los juegos y las alegrías si soy la morada de la futura vejez”.

Buda reconoció en un anciano su propio destino porque, nacido para salvar a los hombres, quiso asumir su condición total. En eso se diferenciaba de ellos, que eluden los aspectos que les desagradan. Y en particular la vejez. Norteamérica ha tachado de su vocabulario la palabra muerte: se habla del ser querido que se fue; así mismo evita toda referencia a la edad avanzada. En Francia, es también un tema prohibido. Cuando al final de la fuerza de las cosas infringí ese tabú, ¡qué indignación provoqué! Admitir que yo estaba en el umbral de la vejez era decir que la vejez asechaba a todas las mujeres, que ya se había apoderado de muchas. ¡Con amabilidad o con cólera mucha gente, sobretodo gente de edad, repite abundantemente que la vejez no existe! Hay gente menos joven que otra, eso es todo. Para la sociedad, la vejez parece una especie de secreto vergonzoso, del cual es indecente hablar. Sobre la mujer, el niño, el adolescente, existe en todos los sectores una abundante literatura; fuera de las obras especializadas, las alusiones a la vejez son muy raras.

La actitud de la sociedad con respecto a ellos es por lo demás de una profunda duplicidad. En general, no considera a la vejez como una clase edad definida. La crisis de la pubertad permite trazar entre el adolescente y el adulto una línea de demarcación que no es arbitraria sino de límites estrechos: a los 18, a los 21 años, los jóvenes son admitidos en la sociedad de los hombres. Casi siempre esta promoción va acompañada de “ritos de pasaje”. El momento en que comienza la vejez está mal definido, varía según las épocas y los lugares. En ninguna parte se encuentran “ritos de pasaje” que establezcan un nuevo estatuto. En política, el individuo conserva toda su vida los mismos derechos y los mismos deberes. El Código Civil no establece ninguna distinción entre un centenario y un cuádragenario. Los juristas consideran que fuera de los casos patológicos la responsabilidad penal de los hombres de edad es tan cabal como la de los jóvenes. Prácticamente no se les considera una categoría aparte y por lo demás ellos no lo querían; existen libros, publicaciones, espectáculos, emisiones de televisión y de radio destinados a los niños y a los adolescentes: a los viejos no. En todos esos planos se les asimila a los adultos más jóvenes. Sin embargo, cuando se decide su condición económica parece considerarse que pertenecen a una especie extraña; no tienen ni las mismas necesidades ni los mismos sentimientos que los otros hombres puesto que basta acordarles una miserable limosna para sentirse en paz con ellos. Esta ilusión cómoda es acreditada por los economistas, por los legisladores cuando lamentan el peso de los no-activos representan para los activos, como si estos no fueran futuros no-activos y no aseguraran su propio futuro, instituyendo la protección de las gentes de edad. Los sindicalistas no se equivocan; cuando formulan reivindicaciones siempre atribuyen una parte importante al problema de la jubilación.

Los viejos, que no constituyen ninguna fuerza económica, no tienen los medios de hacer valer sus derechos; el interés de los explotadores es quebrar la solidaridad entre los trabajadores y los improductivos de modo que éstos no sean defendidos por nadie.

Tan lejos elevamos ese ostracismo que llegamos a volverlo contra nosotros mismos, nos negamos a reconocernos en el viejo que seremos: “de todas las realidades (la vejez) es quizá aquella de la que conservamos más tiempo en la vida una noción puramente abstracta” ha señalado justamente Proust. Todos los hombres son mortales: lo piensan. Muchos de ellos llegan a viejos: casi nadie prevé de antemano este avatar. Nadie debería ser más esperado, nada es más imprevisto que la vejez. Cuando se les interroga sobre su futuro, los jóvenes y, sobretudo, las muchachas, interrumpen la vida a los 60 años cuando más. Algunas dicen: “no llegaré hasta entonces, moriré antes”. Y otros incluso: “me mataré antes”. El adulto se comporta como si nunca hubiera de llegar a viejo. A menudo, el trabajador se queda estupefacto cuando suena la hora de la jubilación: la fecha estaba fijada de antemano, la conocía, hubiera debido prepararse. El hecho es que a menos de estar seriamente politizado hasta último momento ese saber le había sido extraño.

Llegando el momento y ya al irse acercando, por lo común, se prefiere a la vejez que a la muerte. Sin embargo, a distancia, consideramos con más lucidez a esta última. Forma parte de nuestras posibilidades inmediatas, nos amenaza a toda edad; y a veces llegamos a rozarla; con frecuencia le tenemos miedo. En cambio nadie se vuelve viejo en un instante: jóvenes o en la fuerza de la edad, no pensamos, como Buda, que estamos habitados ya por nuestra futura vejez, separada de nosotros por un tiempo tan largo que se confunde a nuestros ojos con la eternidad; ese futuro lejano nos parece irreal. Y además, los muertos no son nada; se puede sentir un vértigo metafísico ante esa nada,

pero en cierta manera tranquilizada, no plantea problema. “Ya no seré”: conservo mi identidad en esa desaparición. A los 20, a los 40 años, pensarme vieja es pensarme otra. Hay algo aterrador en toda metamorfosis. De niña me quedaba estupefacta y hasta me angustiaba cuando imaginaba que algún día habría de transformarme en persona mayor. Pero el deseo de seguir siendo uno mismo generalmente queda compensado a esa tierna edad por las ventajas considerables de la condición de adulto. En tanto que la vejez aparece como una desgracia: aún entre las gentes a las que se considera bien conservadas, la decadencia física que extraña salta los ojos. Porque la especie humana es aquella en que los cambios debidos a los años son más espectaculares. Se nos aprieta el corazón cuando al lado de una joven hermosa vemos su reflejo en el espejo de los años futuros: su madre. Los indios nambikwaras, cuenta Lévi-Strauss, tienen una sola palabra para decir “joven y bello”, y otra para decir “viejo y feo”. Ante la imagen que los viejos nos proponen de nuestro futuro, somos incrédulos; una voz en nosotros murmura absurdamente qué no nos ocurrirá. Antes de que nos caiga encima la vejez es algo que sólo concierne a los demás. Así se puede comprender que la sociedad logre disuadirnos de ver en los viejos a nuestros semejantes.

El futuro que nos aguarda está el cuestionar el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos: reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja. Así tiene que ser si queremos asumir en su totalidad nuestra condición humana. Por lo mismo no seguiremos aceptando con indiferencia la desventura de la postrera edad, nos sentiremos incluidos: lo estamos. Denuncia de modo flagrante el sistema de explotación en que vivimos. El viejo incapaz de su subvenir a sus necesidades representa siempre una carga. Pero en las colectividades donde reina cierta igualdad en el interior de una comunidad rural, en ciertos pueblos primitivos el hombre maduro, sin querer saberlo, sabe sin embargo, que mañana su condición será la que asigna hoy al viejo. Es el sentido del cuento de Grimm, cuya versión se encuentra en las regiones rurales de todo el mundo. Un campesino hace comer a su padre separado de la familia, en una pequeña escudilla de madera; sorprende a su hijo juntando maderitas: “es para cuando tú seas viejo”, dice el niño. Inmediatamente el abuelo recobra su lugar en la mesa común. Entre su interés a largo plazo y su interés inmediato, los miembros activos de la colectividad inventan soluciones de compromiso. La urgencia de las necesidades obliga a ciertos primitivos a matar a sus viejos padres, a riesgo de sufrir más adelante la misma suerte. En los casos menos extremos. La previsión y los sentimientos filiales atemperan el egoísmo. En el mundo capitalista el interés a largo plazo ya no se practica: los privilegiados que deciden la suerte de las masas ya no temen compartirla. En cuanto a los sentimientos humanitarios; a pesar de las charlas hipócritas, no intervienen. La economía está basada en el lucro. A él está subordinada prácticamente toda la civilización; solo interesa el material humano en la medida en que rinde. Después se le desecha. “En un mundo en mutación en que las máquinas tienen una carrera muy corta, los hombres no deben servir demasiado tiempo. Todo lo que excede de 55 años debe ser arrumbado”, dijo recientemente en un congreso el doctor Leach, antropólogo de Cambridge.

La palabra “arrumbar” expresa muy bien lo que quiere decir. Nos cuentan que la jubilación es la época de la libertad y del ocio; los poetas han alabado “las delicias del puerto”. Son mentiras desvergonzadas. La sociedad impone a la inmensa mayoría de los ancianos un nivel de vida tan miserable que la expresión “viejo y pobre” constituye casi un pleonismo; a la inversa, la mayoría de los indigentes son viejos. Los socios no abren al jubilado posibilidades nuevas; en el momento en que el individuo se encuentra por fin

liberado de coacciones, se le quitan los medios de utilizar su libertad. Está condenado a vegetar en la soledad y el aburrimiento, es un puro desecho. Que durante los 15 o 20 últimos años de su vida un hombre no sea más que un desecho es prueba del fracaso de nuestra civilización; esta prueba nos angustia si consideramos a los viejos como hombres, con una vida humana detrás de ellos, y no como cadáveres ambulantes. Los que denuncian nuestro sistema mutilante deberían poner de relieve este escándalo. Concentrando los esfuerzos en la suerte de los más desheredados se consigue conmover a una sociedad. Exigir que los hombres sigan siendo hombres durante su edad postrera implicaría una conmoción radical. Imposible obtener este resultado con algunas reformas limitadas que dejaran intacto el sistema, la explotación de los trabajadores, la atomización de la sociedad, la miseria de una cultura reservada a un mandarinado concluyen en esa vejez deshumanizada. Muestran que hay que retomarlo todo desde el comienzo. Por eso se guarda tan cuidadoso silencio sobre la cuestión; por eso es necesario quebrar ese silencio.

Tenemos que reflexionar ante uno de los grandes fenómenos de nuestro tiempo, que es el aumento de la esperanza de vida del ser humano. Conforme la medicina y el mejoramiento de las condiciones de vida reducen la mortalidad infantil, se avanza en el control de las enfermedades infecciosas y se eleva la calidad de la vida, la existencia se prolonga hasta la vejez. Los ancianos constituyen el sector de la población que más aumenta actualmente. Esta tendencia entraña retos formidables y grandes interrogantes, y será uno de los temas fundamentales de reflexión en el presente siglo.

¿Por qué envejecemos?, ¿es posible retardar el envejecimiento?, ¿cómo podemos tener una vida más útil en edades avanzadas?, ¿cuál debe ser la actitud personal y social ante el anciano?, ¿el respeto a la dignidad del hombre es la misma en la etapa del adulto mayor?, ¿en la integración familiar y social el adulto mayor conserva el sentido de su vida? y ¿en los actuales regímenes políticos y cambios legislativos existe algún cambio en cuanto a la dignidad humana? Las respuestas a estas cuestiones están llevando a importantes descubrimientos científicos, a nuestras acciones en el campo médico, a modificaciones en la perfección social de la vejez y a cambios legislativos que están transformando el tejido social contemporáneo.

Este es el conjunto de temas que ha cobrado la Bioética en el mundo entero. Resulta difícil fijar los límites de una reflexión que, surgida de la interpelación de la práctica médica a la teoría ética, se ha extendido al ámbito total de la cultura contemporánea, revelando el entramado profundo de diversas instancias que no pueden comprenderse aisladamente. Tanto por sus contenidos como por su metodología la cuestión Bioética permanece abierta.

CAPÍTULO 1:

LA DIGNIDAD DEL HOMBRE

- 1.1 La dignidad del hombre en Pico della Mirándola.
- 1.2 La dignidad del hombre en Pérez de Oliva.
- 1.3 La dignidad del hombre en Emmanuel Kant.
- 1.4 Ubicación de la dignidad en el hombre contemporáneo.

CAPÍTULO 1: LA DIGNIDAD DEL HOMBRE

Las conquistas sin precedente alcanzadas por la técnica, junto con los innegables beneficios que han aportado, plantean problemas de tal magnitud a la humanidad, que hoy se le considera como una realidad amenazante.

La sofisticación de las armas que hacen peligrar la supervivencia total de la vida humana, siendo tal vez el mayor de los problemas que ofrece el progreso técnico, no es sin embargo, el único. Ya el maquinismo del Siglo XIX desencadenó grandes problemas económicos a través del desempleo, problemas que vuelven a agudizarse cada vez que la tecnología reduce la demanda en el mercado de trabajo. La dignidad de la persona padece la afrenta creciente de la masificación porque la técnica ejerce sobre el hombre una fuerza que lo reduce a ser un número en una multitud volviendo insignificantes sus caracteres propios e irrepetibles. La técnica de la conducta lo despoja de su libertad, manipulando su actuación en favor de los intereses de unos cuantos, implementada por los medios de comunicación masiva. Tanto el comunismo como la despótica imposición de los gobiernos totalitaristas obligan al hombre a desatender la satisfacción de sus necesidades principales bajo el sueño de bienes y servicios superfluos y a veces dañinos.

La falta de equidad en la distribución de la riqueza entre las familias y las naciones genera el hambre y la miseria. La contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico afectan negativamente el bienestar social. Aún los adelantos de la medicina y los avances en la salud pública han provocado desequilibrios económicos considerables a través del crecimiento demográfico.¹ Esto parece señalar que la técnica es una enemiga del hombre.²

A través de la filosofía se busca a la persona humana con la información y formación, hablando, para después, por medio de la acción ser portadores y multiplicadores de aquellas ideas, normas y actitudes que el ser humano debe seguir o cambiar, y lograr el mejor estado al cual el hombre aspira: la felicidad plena.

La filosofía es el mejor medio que se ha encontrado para conocer al hombre y el único camino seguro por el cual puede encontrarse con él, conocer y entender el mundo con el fin de hacerlo mejor.

Hoy estamos de vuelta de la pretensión, ya lejana, de hacer de la Edad Media y Moderna dos mundos incomunicados. Hoy sabemos, más que ayer, que entre ambos no hay un abismo infranqueable, ni como un mar entre dos continentes; que desde los Siglos XIV y XV se pasa al XVI y XVII sin rupturas totales, hasta admitimos que los últimos medievales, si no todo el Medievo preparan lo moderno. Nada impide, sin embargo, pensar que entre esos dos tiempos han sucedido quiebras y plegamientos telúricos, y que no será ya posible transitar de uno a otro.

¹ Ponencia presentada por Luís García Alonso en el Congreso Internacional de Filosofía, Guadalajara, Jalisco. Octubre 1985.

² Existen algunos movimientos, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica que promueven comunidades humanas en las que se busca el contacto con la naturaleza y el uso exclusivo de técnicas sencillas como las propias de los artesanos de la Edad Media. Inculcan a sus miembros la mentalidad pacifista y la austeridad económica.

Nosotros, seres humanos, del principio del Siglo XXI no sabemos bien aunque tenemos la sospecha de si no nos encontramos en una coyuntura histórica similar al Renacimiento aquella portada de la llamada Edad Moderna. Muchas veces apunta a ellos y son pocos los que saludan este nuevo tiempo con esperanzas de nuevas y mejores metas para el ser del hombre. Son precisamente algunos representantes de las corrientes críticas dentro del marxismo los que critican a fondo todo el periodo de la que llamamos Edad Moderna a la que llegan a motejar de Edad Media camuflada. El Renacimiento habría sido un intento fallido, se habría vuelto a las andadas, a un pensamiento abstracto a conceptos teóricos desencadenados de la realidad histórica del hombre.

Parece que achacan al pensamiento moderno haber estrechado el planteamiento de crisis general del hombre salido de la Edad Media para encerrarle en los parciales y angostos causes de los problemas del conocimiento, verdad, certeza; el hombre quedó definitivamente olvidado.

Para éstos críticos apunta una nueva época y una nueva oportunidad para el replanteamiento del problema del hombre en el mundo, en su generalidad; estaríamos de nuevo ante un posible y más auténtico Renacimiento.

1.1 La dignidad del hombre en Pico della Mirándola.

Reencontrar a Pico della Mirándola podrá ser reconfortante y luminoso para todo tiempo en que se discute el problema del hombre; contemplarlo hará aparecer más un hombre espiritualmente contemporáneo nuestro. Resonará con cadencia de esperanza para el hombre del presente que también anhela descubrir o reencontrar su dignidad.

Una profunda pasión intelectual le lleva a Pico della Mirándola a buscar la paz en medio de los conflictos doctrinales civiles y religiosos de una época de crisis, todo ello dentro de una defensa acendrada de la dignidad del hombre, capaz no sólo de asimilar la tradición, sino también de transformar el presente y prepararse para el advenimiento de una nueva edad.

Su gran preocupación por la Cábala busca encontrar la clave que explique la unidad de la sabiduría. De esta forma intenta pensar la realidad como explicación de una única Revelación a través de los sentidos más profundos y secretos de la palabra de Dios. De esta época es también su visión del hombre como dominador de la naturaleza frente a los influjos deterministas de los astros, tal y como enseñaba la doctrina de Ficino, impregnada como estaba de gran contenido astrológico.

La libertad del ser humano es tal que la asemeja a la divinidad, de ahí su inmensa capacidad de conocer e investigar lo mismo que de actuar transformando el mundo, dando lugar al *Discurso de Dignidad Humana*.³

³ Mirándola, Pico della. *Discurso sobre la Dignidad del Hombre*. Instituto de Ciencias de la Educación. Barcelona. Ed. nacional. Torregalindo. Madrid. 1984.

Si el Renacimiento, convenimos en ello, es el nacer de un hombre nuevo, aquí está la mejor fórmula de esa nueva "*imago hominis*" con ella se abre la Oración, con el tema del hombre.

Comencemos por señalar que el título dado después al escrito *De Hominis Dignitate*, podría desorientar sobre la intensión de Pico. En rigor y de entrada, no es lo digno, ni la excelencia del hombre lo que trata el de definir o medir. Busca algo distinto y nuevo, no lo alto o digno, sino lo maravilloso, lo sorprendente y exclusivo del hombre. Pico comienza asentando algo original; lo verdaderamente maravilloso, único y exclusivo del hombre, capaz de despertar la envidia, no sólo la admiración de todos los demás seres, es la posibilidad dada al hombre para hacerse a sí mismo a su gusto. No se le asigna ningún rostro propio, ningún lugar, ningún oficio. Le pone Dios en el centro para que lo vea todo, le infunde semillas de todo para que a voluntad convierta en propio lo que se le ha dado de común con todas las criaturas; todas no las puede ser a la vez y ahí su elección, su libertad. El hombre artífice de su ser: "Ni celeste, ni terrestre, ni mortal, ni inmortal, para que tú mismo, como modelador y escultor de ti mismo más a tu gusto y honra, te forjes la forma que tu prefieras para ti". Esto no es ser grande ni pequeño, sino libre para hacerse pequeño o grande, como un inimaginable partir de sí, como desde cero para comenzar a ser algo a elección propia. Podemos decir que así nadie había pintado al hombre antes que Pico, libre fue siempre el hombre para toda la cultura y tradición pagana y cristiana, pero nunca fue ideada esta libertad tan de raíz; por ello, lo maravilloso del hombre.

Sólo el hombre prolonga su existencia entera en esta tierra, y es este hombre terreno, es la cuestión usando su libertad para ser o para irse haciendo lo que quiera. No es, en una palabra meramente una libertad para obrar, para hacer esto o lo otro, sino más radicalmente para ser o para hacerse.

Naturalmente no quiere esto decir que el hombre no es nada, una posibilidad vacía, es puesto en el centro, equidistante de todas las cosas y con posibilidades germinales activas para hacerlo todo lo que elija. Se ha dicho indeterminación mejor se diría indiferencia activa o capacidad abierta a todo.

Lo primero y maravilloso y, en verdad, grande en la nueva imagen del hombre piciano es una cierta infinidad de posibilidades que se le adhieren de raíz y que en cierto modo le constituye.

No ser nada, abarcándolo todo para dominarlo y serlo todo. Con estas reflexiones nos acercamos al verdadero y profundo alcance de la libertad como la entendió Pico. Afirmar que la libertad humana es la conquista más preciada del hombre moderno, hemos de decir que él ha dado en la diana.

Pico se mueve más en el terreno práctico de un hacer y un hacerse por el comportamiento.

Es evidente con sólo plantear el problema en su crudeza, que Pico no puede entender la libertad dada al hombre para dejar a su arbitrio, sin implicaciones morales o religiosas, el elegir el ser esto o lo otro, la condición del hombre con esa libertad radical, desde la que tiene que decidir, no anula ni altera el estatuto del bien ético o perfección moral, tal y como lo ha mirado el hombre medieval y Pico lo es en alto grado. El

camino es lo nuevo, el fin y destino del hombre sigue siendo el mismo. Pero si la libertad nueva dada al hombre no excluye sus condicionamientos éticos y religiosos hay acentos nuevos dignos de señalar.

En Pico habría algo más que esta libertad expedita, liberada de enemigos del bien. Una voluntad guiada no ya por la ley, la obligación o el deber, sino constituida originalmente en una posibilidad de imponerse en la dirección elegida libremente, unir al bien no porque se debe, sino porque se puede. Si antes libertad era dominar y vencer los enemigos del bien ahora, más de raíz, es simplemente poder ser esto bueno, antes de toda compulsión de ley u obligación, ir al bien por el bien que se quiere; no que se me prescribe sino que se me ofrece como posibilidad.

Una libertad así no es un ser libre para hacer algo, sino libre para ser lo bueno y lo mejor. Pico no ha necesitado urgencias de deber, ni presiones ambientales para ilusionarse con su carrera elegida de conocedor de todas las ciencias humanas. La pintura del hombre abierto, de posibilidades para todo, con poder en sí mismo para aspirar a lo mejor ha dado su propia medida y retrato humano el que siente que será la mayor oportunidad para todo hombre. Cuando ha puesto el acento de lo grande y maravilloso en el hecho radical de que el hombre es el ser capaz de elegir por sí mismo lo que quiere ser, y naturalmente, de elegir y realizar por sí mismo, antes de toda ley o fuerza exterior coactiva, su más alto ideal, de ser el propio artífice de su suerte, no libre de cualquier cosa, sino libre para realizar su bien elegido en un universo de posibilidades.

Pico es una posibilidad ofrecida que obrará de estímulo para hacer eso bueno y elevado que se puede ser. El hombre no tiene más posibilidad de realizar su ser propio que recorrer hacia arriba la escala de perfección a la que está llamado y destinado por Dios. Sólo el bien humano posible constituye el camino hacia la realización de su auténtico ser.

Pico para espolear al hombre a realizar libremente su verdadero destino y hacer así honor a la dignidad y honor en que fue colocado por el Hacedor, creemos que no hay oposición fundamental entre los dos aspectos libertad e ideal de perfección.

La Oración acentuaba la distancia del hombre respecto de cualquier forma particular de ser, su indeterminación o indiferencia activa, no se da nada para estar equidistante de todo, "te coloqué en el centro del mundo... para que volvieras más cómodamente la vista a lo que hay a tu alrededor". Como vínculo y mundo de toda la creación, concepto este que ya existe en la Oración. En este "reunir y coligar la naturalezas del todo el mundo" pone Pico ahora la dignidad del hombre. El hombre es un poco aparte de todo lo creado, como un cuarto mundo después del primero el intelectual, el segundo el celeste, y del tercero tierra, o más que un cuarto mundo "una nueva criatura" complejo y reunión de los otros tres. El hombre no está por encima de los ángeles y de las inteligencias, pero supera estas esferas de seres porque participando de su misma perfección contiene todas las otras por debajo de él.

Pico aparece correrse hacia el otro lado la dignidad, sentido, posibilidades de superación y ascensión brindadas al hombre, invitación a realizar por ella su propio y su único verdadero destino.

Desde su radical poder-ser indiferente y activo, como creador de sí mismo. El poder-ser lo otro, posibilidades hacia lo inferior al hombre, nunca en Pico son verdaderas posibilidades de realización humana sino argumenta de excelencia y dignidad por haber sabido destinarlas y sometiéndolas y sacrificándolas a las otras superiores.

Pico se esfuerza por hacer ver que Dios está más allá del ente, pues ente es participado, participación del Ser, no el ser mismo. "A Dios le concebimos como la universalidad de todo acto, plenitud de todo ser". Pico nos tiene acostumbrados a recorrer con nuestros comportamientos morales los pasos metafísicos y teleológicos con que se ha descrito la realidad. Dios es el modelo, la unidad norma de la existencia del hombre. La visión del hombre de Pico vuelve su fondo cristiano y en él tiene toda su significación libre, el hombre para realizar su propia existencia, que no tiene más límite que el mismo Dios en su omnicompreensiva perfección y en su unidad absolutamente simple.

Pico cuando traza como realizable el mejor destino humano si lo maravilloso es en el hombre el poder ser lo que quiere, su libertad en definitiva, lo grande y la dignidad suya estará sólo en realizar libremente y por su propia opción el único camino que le hace ser a plenitud hombre.

A comparación de otros, él prefiere la desnudez de lo verdadero al ornato de lo falso. La ciencia es seria, simple, aborrece el florero, la pompa del discurso; es para personas formadas. En Pico claramente este saber es el instrumento y el camino obligado para realizar el hombre su mejor posibilidad, su opción por lo más humano.

A su vez, pone buen cuidado en delimitar esta nueva ciencia de las cosas, dando como seguramente ningún otro en su tiempo, la teoría, límites y métodos de esta naciente filosofía y ciencia de la naturaleza. La razón profunda está en que una tal ciencia, sus derechos y exigencias, estaban plenamente en la línea de su pensamiento fundamental, la dignidad del hombre, colocado en lugar estratégico de la creación, vuelto a todas las esferas del ser para verlo y conocerlo todo, convencido por presupuestos especulativos, de la pertenencia y continencia de todo en todo.

Pico pone las bases de toda ciencia moderna, la regularidad natural del mundo en sus procesos sin intervenciones foráneas y, unido a ello, la posibilidad y conveniencia de ocuparse el hombre en conocer las fuerzas secretas, pero naturales, de los procesos mundanos y aún en conquistar el arte de manejarlas. No ha dado sino en anticipación intuitiva las vías y dirección del método científico moderno, no le ha interesado hacer ciencia física, pero ha dado un modo ejemplar la dimensión científica del hombre, armado potentosamente con este instrumento para realizar su soberana libertad en medio del universo sometido a su saber teórico y germinalmente técnico. La ciencia para Pico es un foco de luz difundida por doquier, de modo que fácilmente el que sepa mirar, verá convergentes y complementarios los rasgos que alumbran diversísimos campos.

En Pico es imposible abandonar en una dimensión sin encontrar en el camino o en el término a las otras que se entrecruzan y funden en la raíz común; la concordia lleva a la unidad, a la unidad de la ciencia, a la libertad no atada por ninguna particularidad excluyente. En lo doctrinal Pico siguió mayormente la segunda vía, la de

empujar todas las diferencias al punto de convergencia de la unidad, la única verdad adornada de policroma variedad.

Pico, el determinante de su Oratio, la libertad humana, la personal responsabilidad del hombre en su conducta y existencia no hacen al hombre ni guían su existencia las estrellas, sino su educación, su propia experiencia, su libérrima voluntad.

Pico es una fórmula original del humanismo naciente, sensible a las bellezas y grandezas de este mundo, pero con arraigo en la mentalidad religiosa y teológica del Medievo. La dignidad admirable y grande del hombre, ha encontrado carne y realidad en la obra y en la vida de Juan Pico della Mirándola.⁴

1.2 La dignidad del hombre en Pérez de Oliva.

En la obra de Pérez de Oliva: “Dignidad del Hombre” comienza en decir que en la creación del mundo, habiendo hecho la Sagrada Escritura con mención de Dios con nombre de uno, cuando hubo de crearse el nombre, refiere que dijo Dios: hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza: así que declaró ser muchas personas en aquel paso, hacia la imagen de ellas. Y no sin causa dobló las palabras cuando dijo imagen y semejanza, porque la imagen es la esencia, y la semejanza es el poder y del oficio. Que así como Dios tiene en su poderío la fábrica del mundo y que con su mando la gobierna, así el ánima del hombre tienen en el cuerpo sujeto y según su voluntad lo mueve y lo gobierna.

El cuerpo humano está hecho de tal arte y tal medida que bien parece que alguna gran cosa hizo Dios cuando lo compuso, la cara es igual a la palma de la mano, la palma es la novena parte de toda la estatura, el pie es la sexta y el codo la cuarta, y el ombligo es el centro de un círculo que pasa por los extremos de las manos y de los pies, estando el hombre tendido, abiertas piernas y brazos. Así que tal compostura y proporción, cual no se haya en los otros animales nos muestra ser el cuerpo humano compuesto por razón más allá en el cual puso Dios sobre pies y piernas de hechura hermosa y conveniente, porque pudiese contemplar el hombre la morada del cielo para donde fue creado. Al hombre lo cubrió sólo la cabeza, mostrando que sólo la razón que en ella mora hubo menester amparo daría a las otras partes bastante provisión.

Él dice que no es el hombre desamparado de quien el mundo gobierna, más antes abastecido más que otro animal alguno, pues le fueron dados entendimiento y manos para esto bastantes, y todas las cosas en abundancia de que se mantuviese. Si bien hallarás que estas necesidades son las que ayudan a los hombres a vivir en comunidad de donde cuánto bien nos venga y cuándo deleite, tú lo ves, pues de aquí nacen las amistades de los hombres y suaves conversaciones. Así que nos parece falta de naturaleza no es sino guía que nos lleva a nuestra perfección. Los hombres son tan diversos en voluntades que no era cosa conveniente que Dios les diese más instrumentos para que cada uno se proveyese de las cosas según su apetito.

⁴ Martínez Gómez, Luís. *De la Dignidad del Hombre, Pico della Mirándola*. Editorial Nacional. Madrid. 1984.

Así que ésta incertidumbre en que Dios puso al hombre responde a la libertad del alma. Quiso Dios cumplir la voluntad de todos haciéndonos en estado de poder escoger.

El entendimiento es el que iguala a las cosas mayores, éste es el que rige las manos en sus obras excelentes, éste halló el habla con que se entienden los hombres, halló el misterio de las letras que nos dan la facultad de hablar con los ausentes y de escuchar ahora a los sabios antepasados, las cosas que dijeron. Y las mayores tinieblas para el entendimiento son la perversa voluntad; así está escrito, que en el ánimo malvada no entrará sabiduría. No es luego falta de entendimiento caer en errores, sino de nuestros vicios que lo ciegan y lo ensucian, los cuales si evitamos y seguimos la virtud tenemos la vista clara y nunca erramos como quien anda por camino manifiesto.

Al entendimiento se le considera una excelente obra, los ojos del entendimiento no podría alcanzar con las manos corporales, por eso no hay que condenar los ejercicios propios del hombre, antes hay que considerar los artificios como gloria del hombre.

Salomón dice en sus proverbios: Bienaventurado es el que halló sabiduría y abunda de prudencia, mejor es su ganancia que la de oro y plata, y todas las cosas que se pueden desear. Gran cosa es la sabiduría, la cual nos muestra todo el mundo, y nos mete a lo secreto de las cosas y nos lleva a ver a Dios, y nos da habla con él y conversación y nos muestra las sendas de la vida. Ésta nos da en el ánimo la templanza, ésta alumbró al entendimiento y concierta la voluntad, ordena al mundo, y muestra a cada uno el oficio de su estado, ésta es la reina y señora de todas las virtudes, ésta enseña la justicia y temple la fortaleza.

Fácil entrada y suave la perseverancia, el camino de ir a ella es el deseo de alcanzarla y presto de dejar ver de quien con amor la busca. El amor de ésta es el temor de Dios, que limpia los ojos de nuestro entendimiento y esclarece la lumbre, que para conocer el bien y el mal Dios nos dio y ésta es la lumbre por quien dijo Salomón: quien con la lumbre velare para haber sabiduría, no trabaje, que a su puerta la hallaré sentada, queriendo decir, que muy cerca está la sabiduría de quien la mira con ojos claros del entendimiento, limpios con amor y deseo de servir a Dios.

El hombre que escoge su estado en qué vivir él y sus pensamientos, con voluntad de tratarlo como le muestra la razón vive contento y tiene deleite: más el que por fuerza siguiendo uno, muestra que tiene los ojos y el deseo en los otros más altos, sin templanza y sin concierto, este vive disipado y apartado de sí mismo, atormentado de lo que posee y atormentado de lo que desea. Así que nosotros tenemos libre poderío de ser exentos de los escarnios de fortuna, en los cuales quien cayere con mucha razón será atormentado pues él mismo se le dio.

La fortuna es buena para amonestar a los hombres, para que cada uno se contente con su estado, no para dar descontentamiento con deseo del ajeno. Ella se declara por muchos ejemplos y no tiene la culpa de los males que tras ella se parecen, sino que teniéndola quien por descuido o ceguedad no los considera.

Los espantos de la muerte no son sino guardianes de la vida. No es la muerte mala, sino para quien es mala la vida que los que bien viven en la muerte hallan el galardón pues por ella pasan a la otra vida más excelente.⁵

1.3 La dignidad del hombre en Emmanuel Kant.

Kant con su aportación al humanismo destaca a la persona sobre todo lo existente, al señalar el valor y la dignidad proporcionando a la ética la fórmula que coloca al ser humano en el lugar que le corresponde "piedra clave" en la construcción de la moralidad. La persona entre más respetada sea se reconocerá el valor más alto y la humanidad alcanzara el nivel más alto en el campo moral.

Kant, inspirado en el cristianismo⁶ le sirve de base para asentar su ética y encuentra la razón última de la dignidad humana en la ley moral impresa en nuestro espíritu, lo cual da prueba de que pertenecemos a un universo superior al sensible con una finalidad más alta a la del mundo material condicionando por el tiempo, que nos imprime una dignidad por encima de todos los fenómenos aparentes.

Al encontrar una armonía entre la obediencia a la ley moral y la íntima tendencia a la perfección de nuestro ser: por que estamos hechos para el bien y el bien moral que es el que nos perfecciona de una manera interna haciéndonos más humanos.

La importancia y el valor de la persona por encima de los demás seres existentes en la naturaleza es necesario fundamentar con solidez esa verdad, al darnos cuenta que estamos cayendo en gran parte de los males que nos aquejan son resultado de haber desplazado al ser humano de ese lugar primordial trastocando la jerarquía del valor, hoy más que nunca una parte considerable de los humanos son pisoteados, marginados ignorados maltratados. En muchas formas, la persona esta siendo marginada por los propios seres humanos que les anteponen el dinero y el poder.

Es por ello que cobra importancia la "toma de conciencia" como característica fundamental de la persona esto es conocer más y tener convicción, como convencidos de la dignidad de la persona, y actuar en consecuencia. Por lo que se da la importancia a la tercera formulación del imperativo categórico de Kant, es importante el hacer presente que por encima de todo lo existente se encuentra el ser humano como un ser humano como un ser absoluto que es fin en sí mismo como dice Kant. Al establecer un principio ético fundamental que a la vez servirá de base para crear un gran humanismo: "obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro siempre como un fin al mismo tiempo y nunca no solamente como un medio".⁷

Kant en su tercera formulación del imperativo categórico dice que la conciencia es consecuencia de la convicción que el mismo posee del valor y dignidad del ser humano. Dejando como mandato de la ley moral, el principio que sirve de base al trato

⁵ Pérez de Oliva. *Diálogo de la Dignidad del Hombre*. Compañía Iberoamericana. Las 100 mejores obras de la literatura española. Vol. XXXII. Madrid.

⁶ Gómez Caffarena, José. *El Cristianismo y la Filosofía Cristiana. Historia de la Ética*. Edit. Victoria. Vol. I. Barcelona. 1988. Págs. 282-344.

⁷ Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Porrúa. México. 1996. Págs. 44-45.

entre los humanos como condición esencial de la moralidad y del humanismo. Dice Kant: "Trata a la persona como un fin y nunca solamente como un medio".

Kant al unir los conceptos de ser racional, libre, autónomo capaz de realizarse moralmente y reino de los fines, con lo que sustenta su tesis ética el valor del ser humano.

El filósofo apunta el por que de la falta de moral en quienes manipulan, usan, atropellan lesionan son injustos con la persona buscando satisfacer sus propios intereses individuales.

Para Kant el concepto de persona es todo aquello que constituye la dignidad del ser humano.

La persona significa ser racional, capaz de actuar por sí sola con razón, al tratar de estar por encima de necesidades o inclinaciones materiales, de ser objetivo sobre la misma subjetividad para alcanzar lo universal sobre sus intereses individuales y llegar a un mundo superior en donde todos los seres racionales coincidan en una forma universal. Todos los seres racionales al poseer su capacidad de actuar conforme a su razón y su libertad, con conciencia ideal lo que Kant le llamo reino de los fines. El entrar o pertenecer al universo fenoménico de la naturaleza, de la casualidad mecánica, la persona por su razón es parte del universo inteligible, donde la voluntad posee una finalidad libre para desenvolverse en forma independiente de las leyes necesarias de la experiencia dando sea sí misma sus propias leyes; y es de una sola y misma conciencia de donde proceden el uso teórico y práctico de la razón.⁸

El ser persona significa ser autónomo, es decir, poseer autodeterminación, autolegislación ser independiente frente a la necesidad fenoménica como también ser libre.

La conciencia moral nos da esa prueba de que la libertad existe y con ella la autonomía de lo voluntad que se da a sí misma ordenes obligatorias, mandatos incondicionados, lo que nos da muestra de que tenemos el poder de conformarnos a ellos. La libertad es la condición a priori del deber moral. Para Kant el deber es el poder, puedo hacer todo aquello que debe hacer; tengo libertad para hacerlo.

Es esencial el tener conciencia de los problemas para poder enfrentarlos y resolverlos. Kant tiene razón al sostener que si debo hacer algo, es que puedo hacerlo, pues nadie esta obligado por ningún deber hacer lo que no puede hacer y que cada quien tiene sus propias capacidades y limitaciones, es por eso la importancia que tiene el conocernos a nosotros mismos como dice Sócrates. Freud al conocer el inconsciente dice que hay que tener presente que existen fuerzas ocultas en nuestra conciencia por lo que nos impiden ser libres para actuar como personas maduras responsables de nuestros deberes. Considerando que el enfermo no se le puede exigir que se comporte como persona sana haciendo lo que debe.

⁸ Kant, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Sígueme. Salamanca. 1995. Pág. 139. La ley moral es algo suprasensible, no tiene más facultad de conocimiento que le proporcione aplicación a objetos de la naturaleza que el entendimiento.

El ser humano por su razón rebasa todos los demás seres de su naturaleza y, por su conciencia tiene la voluntad como la libertad en donde se encuentra unida su autonomía.

Nuestro pasado inconsciente no nos exime de nuestras responsabilidades morales. Tenemos obligación moral de luchar para superar nuestros conflictos emocionales en la medida en que tengamos consciencia de ellos. Pero es indispensable, para que exista responsabilidad moral, que haya consciencia y libertad, sin ellas nuestros actos no pertenecen a la ética.

En el ser humano al poseer su autonomía de su voluntad tiene la capacidad de hacer sus propias leyes morales siendo legislador de si mismo y de su propio destino, las leyes causales en el que cada ser de la naturaleza que le son propias de manera ciega son finalidad. Es la experiencia fenoménica en la que estamos inmersos, nos aparece como un todo determinado. La persona por oposición a ese universo al que también pertenece fenómeno se eleva como ser único con una dignidad que no puede poseer ningún otro ser, por la autonomía de su voluntad que se identifica con su libertad, y que le permite ser dueña de si misma, elegirse a sí misma, crearse, prever su finalidad como ser humano y como ser moral. Con su autonomía, que es lo más íntimo de la personalidad humana de lo que se puede decir se funda su dignidad. Nadie tiene derecho de atentar contra la legítima autonomía de la persona. La voluntad heterónoma que le da la ley de algo a alguien que no es ella misma, la voluntad autónoma se da a sí misma sus propias leyes. Y si la voluntad es autónoma esto implica, por necesidad, la existencia de la libertad.

El hecho de poseer el poder y el derecho de hacer y establecer sus propias leyes y el de tener autonomía es lo que lo hace más importante al ser humano por estar encima de otro ser le constituye un fin es si mismo y le proporciona dignidad por la capacidad de actuar de manera autónoma y responsable, es lo que le da un sustento de soberanía de si mismo a la vez que le constituye como un ser único en el universo de lo real.

El tener dignidad como persona difiere el vivir de acuerdo con esa dignidad en nuestro actuar. Por lo que necesitamos tener consciencia de ella, y cuando esto se logra nuestra conducta se ampara al deber ser de la ética de Kant en su tercera formulación del imperativo categórico: "respetaremos la persona que somos y la persona que es cada uno de acuerdo de nosotros en su libre actuar". La importancia de cobrar consciencia de esa dignidad.

La dignidad que el ser humano posee como persona y la dignidad que solo reviste a la persona que actúa hay una diferencia moralmente que ha sido muy discutido y hay una contradicción en lo que es el ser humano.

La importancia que da Platón en las leyes al hecho de alcanzar la posesión, el señorío de nosotros mismos por el dominio de nuestras pasiones. De eso depende el vivir propiamente como humano, es decir, moralmente para sí: "Con relación a cada individuo la primera y más brillante de las victorias es la que se consigue sobre sí mismo, como igualmente de todas las derrotas la más vergonzosa y la más funesta es la

de verse vencido por sí mismo, todo lo cual supone que cada uno de nosotros vive dentro de sí una guerra".⁹

Kant habla con claridad de esa diferencia como lo muestra en su discurso en la segunda crítica: ¹⁰ la comunidad perfecta se logra: "el reino de los fines" cuando se vive conforme a la ley moral: una humanidad más elevada realizando el proyecto de la moral. En tanto el ser humano virtuoso no es feliz pero sí es digno de ser feliz, en este problema se encuentra la postura de quien llama dignidad negativa del ser humano a la que posee por el hecho de ser persona; dignidad positiva a la que alcanza por su realización moral.

Ser persona significa poseer la capacidad de realizarse moralmente para Kant el valor más alto es el valor moral.

Nos dice Kant: "ni el mundo, ni en general, fuera del mundo, es posible pensar nada que pueda ser considerado como bueno sin restricción a no ser tan sólo la buena voluntad".¹¹

La buena voluntad, se identifica con la pureza de intención (el actuar el deber por el deber, haciendo a un lado todos los intereses egoístas), y en ella en la buena voluntad reside la bondad moral el poseer la capacidad de alcanzar la buena voluntad en todo ser humano lleva en sí mismo la ley moral ¹² y esto es lo que le da la nobleza su valor, su dignidad más alta, en estar lleno de potencialidades.

El conocer nuestra propia conciencia nos da un testimonio de ser capaces de optar por el valor moral aunque este implique sacrificio en la propia vida. Los seres racionales por tener las potencialidades de convertir en realidad el valor moral y este es el supremo valor que confiere la dignidad a la persona humana. Kant nos dice: " el respeto se aplica siempre sólo a personas, nunca a cosas... Dice Fontenelleante, ante un gran señor".

Lo que Kant formula en general, aunque la fórmula general se puede aplicar al material empírico y concreto es lo que consiste la genialidad del descubrimiento de Kant. De acuerdo con Klein en que las normas de la ética deben basarse en lo que somos, es decir, en la ley natural, para tener sentido y ser prácticas. Si dichas normas morales han de ser cumplidas por los humanos, deberán haber sido sacadas de lo que son los humanos para encaminarlos hacia el deber, ser según su naturaleza: es malo mentir porque la inteligencia humana está hecha para la verdad y, el mentir va en contra de su propia naturaleza. Es bueno amar (darse a los demás) porque estamos hechos para el amor y sólo podríamos realizarnos como humanos sabiendo amar.

Además con la razón humana, la que nos indica lo que es bien y lo que es mal según la ley natural, lo que somos; y es nuestra propia conciencia, la que nos dice en cada momento lo que debemos hacer o evitar, nuestro deber. Por la razón por la que podemos aplicar a cada caso el imperativo categórico de Kant. Para que cada acto sea

⁹ Platón. *Laws*. New Jersey. Princeton University. 1978. Pág. 626.

¹⁰ Kant, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Op. Cit. Capítulo 2.

¹¹ Kant, Immanuel. *Fundamentación...* Op Cit. Pág. 21.

¹² Kant, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Op. Cit. Pág. 113. "La razón pura es por sí sola práctica y da al ser humano una ley universal que denominamos la ley moral".

bueno moralmente, debe contener en su intención más íntima, una voluntad pura de cualquier otro interés que no sea la búsqueda del bien moral. El actuar moralmente en apariencia, nos mueve intereses egoístas como el deseo felicidad, el ser estimados por los demás, el ser premiados; ya no tendrá nuestra acción la pureza moral que se requiere la buena voluntad que habla Kant el actuar por el deber y al hacer a un lado otra motivación que no sea el conformarnos a la ley moral que llevamos en nuestra interioridad. Y si el imperativo categórico resulta muy abstracto podría ser el contrario, que su hallazgo de una fórmula general que se puede aplicar a los actos concretos, y es un acierto de Kant.

El ser persona significa ser miembro del reino de los fines si el ser racional es un fin en sí misma, la naturaleza humana se distingue de las demás por poseer en ella misma un fin. Ese fin es el objeto de toda buena voluntad, se trata de la realización moral,¹³ la cual trae consigo un mayor bienestar y felicidad a los humanos sin buscarla por sí misma, si se obedece a una manera generalizada el imperativo categórico en su tercera formulación, eso conlleva valoración, respeto y estima de unos a otros lo que genera necesariamente bienestar alegría, felicidad, tanto más como fuera cumplido por todos.

Kant se refiere a dicho reino como: "...el significado ideal de un reino de los fines en sí (seres racionales) al cual sólo podemos pertenecer como miembros cuando nos conducimos cuidadosamente según máximas de la libertad, cual si ellas fueran leyes de naturaleza, por lo que produce en nosotros un vivo interés por la ley moral".¹⁴

Kant el mismo menciona que se trata de un ideal, pero a veces de esa utopía se puede convertir en realidad. A pesar de lo alejados que estamos de ese ideal: todos los seres racionales optamos por el valor moral actuamos poseídos de la buena voluntad en conformidad con el deber. Existe un abismo de valor las simples cosas cuya íntima esencia consiste en ser medios, con el ser que posee un valor absoluto como fin en sí mismo, que es la persona.¹⁵

Los seres irracionales de la naturaleza se oponen por que son condicionados y tiene un valor relativo a aquellos que no pueden ser usados como simples medios por ser fines en si mismos, por lo que merecen el mayor respeto. La persona no debe estar a la merced del capricho o al deseo de nadie.

¹³ Ibidem. Pág. 43 "Fin, dice Kant, lo que le sirve a la voluntad de fundamento, objetivo de su autodeterminación y cuando este fin es puesto por la sola razón debe valer igualmente para todos los seres racionales. En cambio lo que constituye meramente el fundamento de la posibilidad de la acción, cuyo efecto es el fin, se llama medio".

¹⁴ Ibidem. Pág. 66. "Por reino entiendo el enlace sistemático de distintos seres racionales por leyes comunes. Más como las leyes determinan los fines, según su validez universal, resultará que si prescindimos de las diferencias personales de los seres racionales y así mismo de todo contenido de sus fines privados, podrá pensarse un todo de todos los fines (tanto de los seres racionales como fines en sí, como también los otros fines que cada quien pueda proponerse)". Pág. 47.

¹⁵ Ibidem. Págs. 48 y 49. Señala: "En el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se haya por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad: lo que se refiere a las inclinaciones y necesidades del ser humano, tiene un precio comercial; lo que sin suponer una necesidad se conforma a cierto gusto, es decir, a una satisfacción producida por el simple juego, sin fin alguno, de nuestras facultades, tiene un precio de afecto; pero aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es dignidad".

1.4 Ubicación de la dignidad en el hombre contemporáneo.

La pregunta sobre el hombre, es una cuestión que ha inquietado durante siglos al mismo hombre. Interrogante por excelencia, que manifiesta cabal y abiertamente la búsqueda por la verdad, por aquella verdad que sin lugar a dudas, expresa el significado de la existencia humana. Como toda incógnita planteada, ésta también, ha tenido múltiples respuestas.

La solución siempre será parcial e inacabada. Es imposible abarcar en su totalidad, la interpretación de la condición humana.

El hombre es un misterio con muy variadas facetas ocultas; pero la racionalidad ha podido descubrir poco a poco algunos de sus secretos.

En los últimos años del Siglo XX sólo pueden ser vistos como una vorágine de acontecimientos que no logran obtener una síntesis armónica, síntesis obligada para alcanzar el tan anhelado desarrollo de la humanidad.

Como en ninguna otra época de la humanidad, nuestro tiempo se ha caracterizado por la búsqueda del significado del hombre, sin embargo, como contradicción inexplicable, el hombre mismo ha sido relegado a segundo y tercer término; no es lo mismo estudiar al hombre, encontrar su significado real aunque parcial, que valorar su condición humana.

El imperante acondicionamiento económico, sólo nos ha traído la marginación del hombre, la pérdida considerable de su estimación real.

Es complejo el desconcierto en el que vive el hombre de hoy. Difícilmente tiene a su alcance principios claros y sólidos, donde puede cimentar las acciones de su existencia. Es común observar personas, vagando por este mundo sin una orientación bien definida. Lo más alarmante de todo es que las personas se encuentran convencidas de que no les falta algo. Cuando carecemos de un punto de comparación, el comportamiento aunque sea erróneo se aprecia como normal. El error como normalidad, se toma en reluciente verdad.

El acelerado avance de la tecnología, nos ha conducido también, sin lugar a duda, al menosprecio del hombre. En la actualidad nos preocupamos más por los nuevos adelantos que por su repercusión en la realidad de la existencia humana.

Solitario y pagado de sí mismo, el hombre, como actualmente se encuentra, sin lugar a duda, llamado al solipsismo. El hombre fuera de sí mismo, lejos de su yo interno que lo unifica, de su interior que le proporciona un desarrollo armónico refleja ciencia, tecnología, economía, bienestar social. Nunca ha estado más alejado de sí mismo. El hombre ha roto con todo lo natural, violentando incluso las leyes de la naturaleza.

Distraer al hombre de su rutina y anonimato es siempre incómodo, la sociedad en la que vivimos es producto de la acción del hombre, no existe otro constructor que uno mismo y los demás seres humanos. La respuesta ha de provenir de una visión distinta del hombre.

La visión actual entendida como: científicista, mecanicista, consumista, hedonista, pragmática, materialista, exhibicionista, atea, politizada y parcializada del hombre, sólo nos ha orientado hacia la desviación de la realidad humana.

El aislamiento del hombre por todo lo que hace referencia a los demás, ha propiciado la enajenación en masa. El hombre actual se humaniza o se pierde.

Humanizar al hombre es, restituirle su estado habitual. Buscar que viva su condición primigenia. La certeza de poder alcanzar un mundo mejor y distinto al que hoy conocemos, no es una simple ilusión. Es trabajo de todos y para todos en un ambiente de armonía y de justicia. Si el amor, como dinamismo de las acciones del hombre logra superar todos los obstáculos, orientación partidista, reyerta, egoísmo personal y comunitario, ambición de poder o económica, injusticias, manipulación del hombre por el hombre, apatía ante la desgracia ajena, entonces sí, y solamente entonces, podremos esperar un mundo mejor.

La realidad nos agobia e incluso sentimos que nos sobrepasa. Nada más falso, para quienes aun creemos en el hombre, y en su capacidad de desarrollo personal, crecimiento y perfeccionamiento. Si el hombre ha sido el autor de su desgracia, lo puede ser también de su felicidad.

El hombre ha mirado hacia su desarrollo intelectual, social y físico, es tiempo ya de orientar su mirada hacia el desarrollo psicológico, moral y espiritual.

Nada duele más en esta vida, que vivir como un ser mutilado, vagando por el mundo sin ton ni son. Pero si el ser humano no se conoce, jamás se podrá valorar y mucho menos, reconocer de lo que es capaz, para bien. La respuesta está en el hombre. La solución en el ser humano.

La filosofía tradicional no es la filosofía del mundo actual. No lo es por "tradicional", pero sigue siendo verdadera. Y la verdad es verdad no por tradicional o por actual, sino por ser verdad. Por ello seguimos fieles a Aristóteles y a Santo Tomás.

Boecio define a la persona humana como la sustancia individual de naturaleza racional.¹⁶

En interpretación elemental, que cuando se habla del hombre en su calidad de persona, nos referimos a su esencia, a lo que el hombre es, o en otros términos, aquello por lo cual el hombre es un hombre y no otro ser distinto.

Digamos también que "sustancia individual" significa que cada hombre tiene la peculiaridad de existir por sí mismo, con una unidad en su ser que lo distingue de los demás hombres y de los demás seres en general. Su individualidad se funda en la materia que interviene en su composición.

Digamos, por último que su "naturaleza racional" nos indica que en el ser humano están, como notas verdaderamente propias y específicas su inteligencia y su voluntad, que son facultades de su espíritu, por ellas el hombre es persona.

¹⁶ Durand, Guy. *La bioética*. Desclee brouwer. Bilbao. 1992. Pág. 35.

Por lo tanto, el hombre es un ser compuesto de materia y espíritu, de cuerpo y alma; pero íntimamente unidos, integrando un todo en sí mismo, no se trata, pues, de partes superpuestas o agregadas. El hombre es a la vez material y espiritual. El hombre es a la vez individuo y persona. Es "un animal racional". En esto radica el misterio de su unidad ontológica.

El cuerpo del hombre, su constitución física, lo mismo que su temperamento, nos hablan de su materialidad, de su individualidad, de su contacto con la naturaleza animal. Y la voluntad y la inteligencia nos muestra su racionalidad, su espiritualidad, es decir, lo que específicamente le da el rango de persona. El carácter es la confluencia de lo material y de lo espiritual, la interacción de los elementos somáticos e instintivos con la acción de la voluntad y de la inteligencia.

El término griego *éthos*, que significa fundamentalmente "carácter" o "modo de ser". El carácter que un hombre tiene es decisivo para su vida porque, aunque los factores externos le condicionen en un sentido u otro, el carácter desde el que los asume es el centro último de decisión. Por eso decía Heráclito de Éfeso que, "el carácter es para el hombre su destino"; según el carácter que un hombre tenga, enfrentará la vida con ánimo o con desánimo, con ilusión y esperanza o con pesimismo y amargura.

Las "circunstancias" también influyen como dice la famosa expresión de Ortega y Gasset: "yo soy yo y mis circunstancias", pero habitualmente se silencia la segunda parte de la expresión: "si no salvo mis circunstancias, tampoco me salvaré yo". Cosa que no puede hacerse si no desde un carácter que se encuentra "alto de moral", en forma, como indica la expresión "moral", que significa lo mismo que ética.

Desde el origen griego de la ética cabe distinguir en el mundo humano entre el temperamento (*pathos*), constituido por aquellos sentimientos y actitudes con los que se nace y que no se pueden cambiar, y el carácter que cada uno se va forjando, el modo de ser del que cada quien se va apropiando a lo largo de su vida al hacer sucesivas elecciones en un sentido.¹⁷

Podemos decir que la ética es un tipo de saber práctico, preocupando por averiguar cuál debe ser el fin de nuestra acción, para que podamos decidir qué hábitos hemos de asumir, cómo ordenar las metas intermedias, cuáles son los valores por los que hemos de orientarnos, qué modo de ser o carácter hemos de incorporar, con objeto de obrar con prudencia, es decir, tomas decisiones acertadas.

El hecho de que exista el saber ético, indicándonos cómo debemos actuar, es buena muestra de que los hombres somos libres para actuar en un sentido u otro por muy condicionada que esté nuestra libertad; porque como decía Kant "si debo, es porque puedo": Si tengo consciencia de que debo obrar en un sentido determinado es porque puedo elegir ese camino u otro, de ahí que la libertad sea un elemento indispensable del mundo ético, al que va estrechamente ligada la responsabilidad.

¹⁷ Cortina, Adela. *Ética de la Empresa. Claves para una Cultura Empresarial*. Trotta. Universidad de Valencia, España. Págs. 18-22.

El escritor romano Aulo Gelio en su obra: "Noches áticas" del Siglo XIII,¹⁸ nos habla de la *humanitas* como una forma de ser hombres a la manera como lo entendían los griegos en su proceso educativo o *paideia*, anclado en la *areté* o virtud, como una fuerza para alcanzar un ideal en el caso la condición de humano. Es verdad que el concepto de humano o humanidad varía a lo largo del tiempo. Los filósofos griegos se preguntaban en sus reflexiones por algo permanente a pesar de los cambios, tanto por los que se refieren al cosmos como por lo que se refiere al hombre. Interrogaban por una *fisis* o naturaleza común a todos los seres.

Cicerón al igual que Séneca en varias de sus obras nos describen rasgos del hombre y de la humanidad que a pesar del tiempo nos parecen reflejar cabalmente el ser de nuestra especie, en particular Séneca en su amplia obra filosófica literaria.

El humanismo es un saber profundo del ser humano, en el cual cabe fundar el mundo del valor en general¹⁹ y en donde se derivan, en particular, unos valores y unos ideales éticos que se distinguen precisamente por estar cifrados en la libertad y la dignidad humana. Cifrados, en suma, en el *ethos*, en el cumplimiento más fiel del hombre con su libre destino libremente humanizado.

Al ser humano corresponde la vieja tarea, consagrada por Píndaro, de "llegar a ser lo que se es", en el sentido de adquirir la humanidad (*humanitas*); lo cual significa que el hombre no tiene un "ser" dado o realizado por el sólo hecho de tener la vida biológica, sino que tiene que "hacer" su propio ser, producirlo y formarlo, precisamente a través del *ethos* y la *paideia*. Y en esto, se cifra su grandeza o su "dignidad". Para ser lo que es, el hombre necesita hacerse un hombre nuevo: ser distinto para ser sí mismo.²⁰

El humanismo se refiere al género hombre y a los particulares individuos que llamamos hombres. El universal se halla en la inteligencia del que conoce el predicar un elemento común: la esencia o naturaleza humana que se dice de todos los hombres. Este universal es resultado del proceso de abstracción con un fundamento real como son los individuos particulares.

Lo que caracteriza al hombre y en ello radica su humanidad es su condición de ser material o corporal y pensante o racional. Esa estructura compuesta se halla y une el supuesto persona. El humanismo es un resultado o efecto de la condición de ser una persona humana. El humanismo es un resultado o efecto de la condición de ser una persona humana. Por resultado se pueden entender el conjunto de logros a que lleva en el tiempo y en el espacio el ejercicio de las potencias y actos de poseer la condición de persona. Esos logros se manifiestan en una cultura guiada por valores en busca de la unidad de todos sus miembros en el conocimiento verdadero; la voluntad buena; la búsqueda de lo grato en la belleza y la perfección de la existencia que se proyecta a la trascendencia.

Heidegger escribe: el humanismo significa ahora, en el caso de decirnos a retener la palabra: la esencia del hombre, es esencial para la verdad del ser, pero de

¹⁸ Karl, Jaspers. *Psicología de las Concepciones del Mundo*. Trad. Manzano Marín Cabeto. Ed. Giredes. Madrid. 1967. Pág. 171.

¹⁹ González, Juliana. *El Ethos, Destino del Hombre*. UNAM- FCE. México. 1999. Pág. 45.

²⁰ *Ibidem*. Pág. 23. Y Nicol, E. *La Primera Teoría de la Práxis*. UNAM. México. 1978. Pág. 56.

modo que, en consecuencia, no sea la mayor monta precisamente el hombre sólo en cuanto a tal.

Por su concepción metafísica sobre el ser Heidegger no considera al hombre como el centro de la realidad. El ser es el centro y la clave. Por eso el hombre es el pastor o el guardián del ser.

La persona es ante todo dignidad, excelencia, cuerpo y espíritu, vida sensible, afectiva, volitiva y racional en unidad. Sciacca define así a la persona: "persona es un individuo (y, por ello, sustancia o acto por el cual subsiste una esencia) que es también sujeto (es decir, individuo que siente), intelectual (o sujeto dotado de inteligencia de la verdad o del ser); que además, tiene razón y voluntad siendo por tanto sujeto humano (principio de la animalidad y del espíritu), que tiene consciencia y conocimiento de sí, por lo que también es un yo."²¹

La persona es ser individual, es un sujeto que siente, posee inteligencia, razón y voluntad con su dimensión corporal y espiritual, con conocimiento y consciencia de sí, que la constituye en un yo con unidad de sus diversos elementos.

El hombre es un ser que comprende el orden de la verdad, que es el orden de la vida espiritual. El hombre, no sólo porta valores sino que él es un valor, los valores de la persona son la dignidad, la libertad, la responsabilidad, el carácter, la personalidad y la vocación entre otros. Se necesita que todo hombre tenga una visión integral de la persona humana.

Para complementar estas notas sobre la persona humana, mencionemos dos ámbitos sobre su dignidad, pero distingamos:

La dignidad ontológica es toda dignidad, es rango, jerarquía, superioridad. El hombre ocupa el puesto más alto entre todos los seres que existen en el mundo. Su rango se deriva de su propia naturaleza, es superior porque ningún otro ser es persona, ninguno que no sea él tiene inteligencia y voluntad. Sólo él es capaz de tener consciencia de su propio ser y de su propia vida. Y sólo él es capaz de decidir sobre el rumbo y fin de su existencia, como dueño que es de su destino.

La dignidad moral se finca en la libertad. Porque el ser libre quiere decir ser responsable. El hombre, consciente de sus actos y capaz de tomar decisiones sobre lo que habrá de hacer, se compromete. Asume el deber de responder de su conducta. Ningún otro ser en el mundo tiene este privilegio. De ahí que la responsabilidad, en este sentido, sea la medida del valor del hombre.

La dignidad moral se apoya en la dignidad ontológica. Por ser inteligente y por tener voluntad libre, el hombre está obligado a pensar y a decidir sobre él para qué de su vida y sobre el por qué de sus actos. La doble vertiente del bien y del mal se vuelve encrucijada permanente y exigencia insoslayable. La voz de su consciencia será el testimonio fiel de su responsabilidad.

²¹ Sciacca, Michele Federico. *El Hombre ente desequilibrado*. Trad. Juan J. Ruíz Cuevas. Ed. Miracle. Barcelona. 1958. Pág. 36.

Aunque todos los seres vivos tienden al placer, no es ésta la cuestión moral por excelencia, sino más bien la de qué seres tienen derecho a ser respetados, qué seres tienen dignidad y no pueden ser tratados como simples mercancías y, por tanto, qué deberes han de cumplirse con relación con ellos. Sólo los hombres tienen dignidad, porque sólo ellos son libres. Pero no sólo son libres porque pueden elegir, sino porque son autónomos: porque pueden regirse por sus propias leyes. El fundamento de la moral es entonces la autonomía de los hombres.²²

La célebre afirmación del canto del Mio Cid: "Dios qué buen vasallo si hubiese buen señor", un hombre no debe ser vasallo, no debe ser sometido a un Señor, sino ser autónomo y libre. Todos los hombres somos iguales.²³

Continuemos diciendo que el hombre es persona; pero habrá de conquistar una personalidad en el transcurso de su vida. Esto es, en la persona está la esencia del ser humano, y en la personalidad su existencia.

El trato especial que merecen los seres humanos, por encima de los restantes seres vivos, no constituye, como se oye a menudo un "prejuicio especista";²⁴ no es una discriminación análoga a la discriminación política por razón de la raza o del sexo. Mantener la prioridad ontológica del hombre frente los demás seres naturales no carece de fundamento: precisamente por que está dotado de conocimiento racional, el hombre puede trascender los intereses puramente animales y ponerse en el lugar de los demás seres. Por ello es justo que tenga a su cargo la totalidad del cosmos.

Su peculiar dignidad, por tanto, no descansa en un privilegio que se halla otorgado así mismo. En cambio la capacidad que tiene el hombre de ponerse en el lugar de otro justifica por si sola su misión de administrador de justicia cósmica.

En este sentido se ha de interpretar el mandato del Génesis que, según la opinión común, se encuentra en la base del progreso occidental: cuando Yahvé prescribe a la primera pareja el dominio sobre el resto de la creación, no está invitando al ejercicio de un dominio despótico sobre la naturaleza, sino al ejercicio de un dominio cuidadoso. Es cierto que con demasiada frecuencia el dominio se ha interpretado en el otro sentido. Pero es dudoso que ese sea el sentido original del mandato, cuando una de las imágenes más frecuentes del dominio del propio Yahvé sobre el hombre es la del pastor cuidando su rebaño. Y el pastor cuida a las ovejas respetando su naturaleza: llevándolas a fuentes tranquilas, ofreciéndoles pastos abundantes como se dice en el Salmo. Análogamente el dominio del hombre sobre el mundo será a la imagen del dominio de Yahvé cuando el hombre mientras transforma al mundo, tiene cuidado de hacerlo respetando la naturaleza misma de las cosas.

En este pensamiento, tan errado sería aniquilar una especie viva o hacer sufrir a un ser vivo más allá de lo razonable como equiparar el sufrimiento animal al humano, o pensar que el respeto a los animales es idéntico punto por punto, al respeto debido al hombre. Existe una diferencia esencial que Heidegger expresó admirablemente cuando se refirió al hombre como el "guardián del ser".

²² Durand, Guy. Op. Cit. Págs. 35-36.

²³ Cortina, Adela. Op. Cit. Pág. 72.

²⁴ Singer P. *Ética Práctica*. Cambridge University Press. 1995. Pág. 69.

Así, el trato de favor dispensado al hombre por parte del hombre, en el contexto del ecosistema, no obedece a un interés en particular del propio hombre, sino a una realidad beneficiosa para todos los seres naturales, y que encuentra su fundamento en la concisión racional del hombre. En efecto, para ponerse en el lugar de otro es preciso haber captado su naturaleza más profunda y, por tanto, haber discernido las formas de vida. Para eso, como se ha dicho, no basta el conocimiento sensible: es necesario el conocimiento racional, mediante el cual captamos diferencias relevantes. Sobre esta base, el hecho de que las formas de vida sean diversas basta para justificar un trato diverso. No sería justo tratar igual a las desiguales. En especial no sería justo equipar al ser racional y al ser irracional. El ser racional, decía ya Tomás de Aquino, es querido por sí mismo.²⁵ Kant dirá algo semejante: el ser humano, precisamente por ser racional, es un fin en sí mismo.²⁶ Esto es lo que le hace depositario de una particularísima dignidad, lo que le hace merecedor de respeto.²⁷

Sin embargo, conviene precisar que el respeto no se dirige a la razón, sino al hombre entero, incluso cuando no da muestras evidentes de racionalidad. Una cosa es descubrir que la peculiar dignidad humana se refleja especialmente en la racionalidad o en la libertad y otra muy distinta es pensar que el objeto del reconocimiento es la razón o la libertad abstraídas de su sujeto, y no, más bien el hombre mismo.

En efecto: el hombre no es un espíritu dentro de una máquina sino un organismo vivo animado eso sí, por un alma espiritual, que no se comprende en función de puras necesidades orgánicas. La intención de Kant cuando destacaba la peculiar dignidad del hombre no era más que subrayar su infinita distancia con respecto a las cosas y a los demás seres naturales. Su intención al proclamar que el hombre es un fin en sí era subrayar que el hombre, cualquier hombre, vale por sí y no por sus cualidades. El hombre no es sus cualidades. Las cualidades pueden ser más o menos atractivas, más o menos útiles, más o menos valiosas por muchos motivos; pero ellas no merecen el reconocimiento absoluto que, en cambio, merece su portador. Sólo el hombre es digno por encima y por debajo de sus cualidades. Sin duda, las cualidades pueden reflejar mejor o peor la dignidad ontológica radicada en el ser mismo del hombre, pero no la constituyen. Por el contrario es la dignidad ontológica la que justifica e incluso exige el cultivo de esas cualidades que la manifiestan mejor.²⁸

Ciertamente, la correspondencia entre lo externo y lo interno nunca será perfecta. Esto explica que el reconocimiento de la dignidad pueda verse oscurecido y que a menudo deba ser precedido, digámoslo, por un acto de fe metafísica.

Con todo, sigue siendo cierto que el respeto a la dignidad humana no puede limitarse a actitudes interiores: se debe reflejar en el modo de tratar con uno mismo y con las demás personas. Ahora bien, esto significa tratar con seres de cierta naturaleza. Por tomar un ejemplo de Spaemann: no se puede escupir a alguien en la cara y decirle al mismo tiempo que no se le ha querido ofender como persona.²⁹ El respeto a la dignidad de la persona exige el respeto a su apariencia exterior y, por su puesto, reconocerla en su apariencia exterior, a menudo precaria y deficiente.

²⁵ Tomás de Aquino. *Summa Teológica*. Contra Génesis, III. c. 112. Espasa-Calpe. Madrid. 1973. Pág. 356.

²⁶ Kant, Immanuel. *Fundamentación...* Op. Cit. Pág. 45.

²⁷ Ibidem. Pág. 49.

²⁸ Polo, Leonardo. *Quién es el hombre: un espíritu en el mundo*. Rialp. Madrid. 1991.

²⁹ Spaemann, R. *Felicidad y Benevolencia*. Pág. 247.

Este es el caso de todo ser humano en los momentos iniciales de su existencia, a lo largo de su vida en los momentos de especial debilidad, como la enfermedad y la vejez, y en los momentos que rodean a la muerte. Una apariencia débil constituye una ocasión para probar la calidad y la hondura de nuestro respeto de las personas y, en última instancia la prueba de toque de la justicia.

El mejor artesano (...) dio al hombre una forma indeterminada, lo situó en el centro del mundo y le habló así: "Oh, Adán, no te he dado ningún puesto fijo, ni una imagen peculiar, ni un empleo determinado. Tendrás y poseerás por tu decisión y elección propia aquel puesto, aquella imagen y aquellas tareas que tú quieras. A los demás les he prescrito una naturaleza regida por ciertas leyes. Tú marcarás tu naturaleza según la libertad que te entregue, pues no estás sometido a cauce angosto alguno. Te puse en medio del mundo para que miraras placenteramente a tu alrededor contemplando lo que hay en él. No te hice celeste ni terrestre, ni moral ni inmortal. Tú mismo te haz de forjar la forma que prefieras para ti pues eres el árbitro de tu honor, su modelador y diseñador. Con tu decisión puedes rebajarte hasta igualarte con los brutos, y puedes levantarte hasta las cosas divinas."³⁰

Pico se mueve más en el terreno práctico de un hacer y un hacerse por el comportamiento.

En Pico, cuando traza como realizable el mejor destino humano si lo maravilloso es en el hombre el poder ser lo que adquiere, su libertad en definitiva, lo grande y la dignidad suya estará sólo en realizar libremente y por su propia opción el único camino que le hace ser a plenitud hombre.³¹

"La dignidad humana supone como valor básico (Gundwer) fundamentador de los derechos humanos que tienden a explicar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral", dice Pérez Luño.³²

"Los derechos humanos parten de un nivel por debajo del cual carecen de sentido: la condición de persona jurídica, o sea desde el reconocimiento de que en el ser humano hay una dignidad que debe ser respetada en todo caso cualquiera que sea el ordenamiento jurídico, político, económico y social, y cuales quiera que sean los valores prevalentes en la colectividad histórica", afirma Ángel Sánchez de la Torre.³³ "La persona humana se concibe así como un ser de eminente dignidad caracterizado por su razón y por su libertad", comenta Peces-Barba.³⁴ Y añade: "se trata del derecho a ser considerado como ser humano, como persona, es decir, como ser de eminente dignidad",³⁵ los que se compadece con la idea de Legaz y Lacambra: "hay un derecho absolutamente fundamental para el hombre, base y condición de todos los demás: el

³⁰ Pico della Mirándola. Op. Cit.

³¹ Idem.

³² Pérez Luño, Antonio Enrique (ed.). *Derechos humanos y constitucionalismo ante el tercer milenio*. Marcial Pons. Madrid. 1996. Pág. 318.

³³ Sánchez de la Torre, Ángel. *Teoría y experiencia de los derechos humanos*. Gregorio del Toro ed. Madrid. 1968. Pág. 62.

³⁴ Peces-Barba Martínez, Gregorio. *Derechos fundamentales*. Guadiana ed. Madrid. 1973. Pág. 49.

³⁵ Ibidem. Pág. 91.

derecho a ser reconocido siempre como persona humana".³⁶ De ahí fluye su dignidad. Y de la dignidad humana se desprenden todos los derechos, en cuanto son necesarios para que el hombre desarrolle su personalidad integralmente. El "derecho de ser hombre"³⁷ es el derecho que engloba a todos los demás en el derecho a ser reconocido y a vivir en y con la dignidad propia de la persona humana.

Cada vez que, con una expresión o con otra, se afirma que el hombre tiene derechos por su propia naturaleza, o por el hecho de ser persona, se arguye realmente que los tiene por su dignidad de tal. No importa que Kriele estime que la idea nuclear de los derechos humanos "que es el valor de la dignidad del hombre" sea un concepto metafísico. Lachance recuerda que la idea de que el hombre posee, desde que nace, la evidencia racional de su rango y su dignidad procedentes de su intrínseca naturaleza, previamente a todo otorgamiento, es el punto inicial de toda justificación de los derechos humanos.³⁸ Dice Ardao que en todo momento, cualquiera sea su edad o su normalidad, su grado de dignidad o indignidad moral, el hombre ostenta aquella interior dignidad que le viene no de ser un hombre de dignidad, sino de tener la dignidad de un hombre.

Bloch dice que aún cuando no hubiera más que una persona en la que respetar la dignidad de la humanidad, también esta dignidad amplia y sustantiva sería ya de por sí la quinta esencia del derecho natural.³⁹ Si hubiera existido o existiera un hombre único y solitario, su dignidad sin mengua alguna en lo personal no proyectaría efectos fuera de él mismo ni en el mundo temporal, por la sencilla razón de no haber prójimos ante los cuales hacer valer dicha dignidad.

Destaca Sánchez de la Torre en los derechos humanos "representa la capacidad de dignidad que el ser humano pueda desarrollar y que esa dignidad se refleja en: la racionalidad humana la superioridad del hombre sobre los otros seres terrenos, y la pura intelectualidad".⁴⁰ Tal dignidad se despliega en dos dimensiones interconectadas: negativamente, como resguardo a las ofensas que la denigran o la desconocen, y positivamente, como afirmación positiva del desarrollo integral de la personalidad individual.⁴¹ La dignidad humana en el supuesto de existir un hombre único, en el cual la ausencia de "los otros" la relegaría a la intimidad de ese único sin expansiones sociales, políticas y jurídicas. Cuando a la inversa pasamos de la ficción del hombre en soledad unitaria a la convivencia, al hombre en el mundo, como le gustaría decir a Ortega y al existencialismo "la dignidad humana cobra significado interesante por la situación de la persona en relación con los demás como lo supone Maihofer, esa misma dignidad, sin perder su núcleo originario en la esfera ontológica del ser racional trasciende al orbe intersubjetivo o de la alteridad con los otros hombres y hasta con los restantes seres mundanales.⁴² Es fácil insertar en la idea de dignidad humana las de

³⁶ Legaz y Lacambra. *La Noción Jurídica de la Persona Humana y los Derechos del Hombre*. Revista de estudios políticos. XXXV. 1951. Pág. 44.

³⁷ La UNESCO publicó en 1968, bajo la dirección de Jeanne Hersch, la obra: *La Dignidad del Hombre*.

³⁸ Kriele, Martín. *Liberación e ilustración: defensa de los derechos humanos*. Herder. Barcelona. 1982. Pág. 241.

³⁹ Bloch, Ernest. *Derecho natural y dignidad humana*. Aguilar. Madrid. 1980. Pág. 212.

⁴⁰ Sánchez de la Torre, Ángel. Op. Cit. Pág. 25.

⁴¹ Bloch, Ernest. Op. Cit. Pág. 212.

⁴² Pérez Luño. Op. Cit. Pág. 318.

inviolabilidad personal, libertad personal y autonomía personal,⁴³ y de ahí en más trazar un perímetro de resguardo para el hombre como exigencia de su dignidad.

De algún modo, palpita en estas nociones la idea kantiana del hombre como un fin en sí mismo, o del fin personal como propio de cada uno en cuanto la atañe a él. Por eso Kant dirá que nadie puede usar a otro hombre como a un medio, y por eso Ortega en su definición de liberalismo aludirá a la idea de que cada hombre debe quedar franco para henchir su individualidad e intransferible destino concepto que compagina con el otro también orteguiano de que la vida la de cada hombre es para él la realidad radical, en cuanto la vida individual radica todo lo demás. Y es en Kant quien así mismo enseña que nadie me puede obligar a ser feliz a su modo, sino que cada cual puede buscar su felicidad personal como mejor le parezca, siempre que al hacerlo no lesione la libertad ajena.

Y es aquí donde Kant entronca su máxima de que debe obrarse en forma de que mi libertad pueda coexistir con la de cualquier otro según una ley universal.

En las citas efectuadas se rescata la dignidad personal y las secuelas de inviolabilidad, intimidad, autonomía, libertad pero, a la vez la limitación que la convivencia social y su solidaridad reportan a cada persona por la circunstancia de compartir con otras la sociedad. La esfera de dignidad de cada uno debe entenderse, éticamente, en un mundo de reciprocidad, por que cada quien enviste la suya. No en vano Recaséns Siches trae a colación el mandato bíblico: todo lo que quisierais que hiciesen con vosotros, hacedlo vosotros con los demás (Evangelio de San Mateo, VII, 12), y como queréis que os hagan los hombres, hacedles así también vosotros (Evangelio de San Lucas, VI, 31).

La reivindicación de la dignidad personal anida un subjetivismo ético que no tiene necesariamente que desligarse del objetivismo (ontológico o deontológico), porque, bien interpretado, aquel subjetivismo sólo significa postular esa dignidad como "suya" de cada hombre (sujeto y portador de ella), y afirmar la racionalidad del conocimiento que cada hombre es capaz de lograr acerca de su propia dignidad y de la de los demás.⁴⁴

Por último para cesar esta somera revisión entorno de la dignidad humana es bueno recordar que de ella puede considerarse derivada la teoría de los derechos de la personalidad o de los derechos personalísimos, que componen un sector dentro del más amplio de los derechos y que Castán Tobeñas resume como derecho a la inviolabilidad de la persona en sus diversas manifestaciones.⁴⁵ En tal sector se sitúan por ejemplo los derechos a la vida a la integridad física, y psíquica, al honor a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal.⁴⁶

Los regímenes tradicional y comunista tienen en alta autoestima la pertenencia y, por ello, proveen de la sustancia de muchos derechos sociales y económicos a todos sus miembros. Los regímenes corporativos y para el desarrollo que ni siquiera garantiza

⁴³ Carlos Santiago, Nino. *Ética y Derechos Humanos*. Astrea. Buenos Aires. 1989. Pág. 267.

⁴⁴ Pérez Luño. Op. Cit. Pág. 145.

⁴⁵ Castán Tobeñas, José. *Los derechos de la personalidad*. Reus. Madrid. 1952. Págs. 17-18.

⁴⁶ Cupis, Adriano de. *El derecho de la persona*. Giuffrè. Milán. 1973. Y Castro y Bravo, Federico de. *Los llamados derechos de la personalidad*. Madrid. 1959.

la sustancia de esos derechos, confieren un valor menor al sentido de pertenencia. De modo semejante la inexistencia de derechos económicos y sociales en los regímenes no solo se explica por la falta de un compromiso social con la igualdad, sino también por la bajísima estima en que se tiene la pertenencia.

Sólo cuando se combina la autonomía, la igualdad y una valoración de sentido de pertenencia por lo menos moderadamente alta, como ocurre en el liberalismo, encontramos un compromiso con los derechos económicos y sociales, y no sólo con su sustancia. Sólo si se compromete con la autonomía personal, un régimen protegerá resueltamente los derechos civiles y políticos.

Otros sistemas sociales pueden afirmar que poseen concepciones encontradas sobre los derechos humanos, pero no es así. Se apoyan en visiones rivales de la dignidad humana, las cuales niegan tanto la posición central del individuo en la sociedad política como los derechos (humanos) que tienen hombres y mujeres de presentar y hacer cumplir demandas civiles, políticas, económicas y sociales, iguales e inalienables, contra el estado. Únicamente el liberalismo, entendido como un régimen que se funda en el derecho político a recibir consideración y respeto equitativos, constituye un sistema político basado en los derechos humanos.

CAPÍTULO 2:

ASPECTOS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO

2.1 Reflexión filosófica del envejecimiento y la dignidad del adulto mayor. 2.2 Aspecto biológico del envejecimiento. 2.3 Aspectos sociomédicos del envejecimiento. 2.4 Derechos de los adultos mayores.

CAPÍTULO 2: ASPECTOS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO

2.1 Reflexión filosófica del envejecimiento y la dignidad del adulto mayor.

Enfrentarse a la verdad de la vejez supone un proceso de adaptación a nuevas circunstancias personales, sociales y naturales que no es fácil asimilar e integrar en la personalidad, por su tono desequilibrante, y la ausencia de una formación humana integral que prepare anticipadamente frente a estos cambios, el individuo sufre una “crisis de identidad” que pone a temblar las capacidades y recursos obtenidos a lo largo de toda la vida.

El problema está precisamente en encararla, y no sufrirla pasivamente, con el fin de llenar de sentido la propia existencia en cada una de sus fases.

Ante la crisis de la ancianidad vemos imprescindible ofrecer recursos que ayuden a mantener la identidad en esta etapa; actitudes, modo de verse a sí mismo que contribuyan a la integración personal-social moldeando el comportamiento y las relaciones con los demás; “tareas existenciales” con las cuales los ancianos se identifiquen y se mantengan; en las que sea posible interpelarles y pueda así conocerse lo que ellos son para sí mismos y para otros. Elementos que surgen de la tensión que las ciencias humanas han puesto al fenómeno de la ancianidad y de la valoración que de ella ha realizado. En fin, recursos que en este momento se convierten en materia prima para elaborar un modelo ético de ancianidad que fundamente la posterior praxis.

La reflexión que sigue tiene, pues, esta intención: descubrir lo peculiar de la vejez en su forma correcta; presentar un modelo de hombre que sabe envejecer bien, aceptando su vejez para comprender su verdadero sentido y hacerla realidad plena y vivificante en defensa de la dignidad inherente al hombre y, muy especialmente, en la etapa donde las diferencias sociales y económicas se hacen más notorias.

La vejez posee un valor auténtico: es culminación o coronación de la vida, por dos sencillas razones: a) Es la última etapa y, a diferencia de las demás, no le sigue una nueva fase sino con toda seguridad el final de la vida; b) Es una experiencia que se caracteriza básicamente por un aumento cuantitativo del tiempo de vida, ofreciendo la persona la oportunidad de tener conciencia del valor del tiempo y aprovecharlo al máximo, es decir, la posibilidad de conceder un plus cualitativo a la historia personal que termina. En efecto, la conciencia de este fin, acentuada por las múltiples crisis y pérdidas en el proceso del envejecimiento, deja de ser teoría y se hace presente en la historia personal fijando unos límites determinados por la experiencia de la muerte; pero también ofrece la ocasión de considerar la respuesta en libertad a lo largo de toda la vida y su posible reorientación.

Esta es la propuesta de A. Auer al considerar que “la realidad vital de la persona que envejece se caracteriza básicamente por una historia de la libertad que se aproxima a su fin”; un final que en lugar de ser esperado pasivamente “puede y debe ser un cumplimiento sosegado y soberano de las posibilidades vitales que aún pendientes y siempre concebidas de nuevo”, el tiempo de la posibilidad de una definitiva determinación a favor de una actividad plena de sentido.

El ser humano, constituido esencialmente para “vivir en libertad”, llena de sentido su existencia cuando, por encima de los condicionamientos temporales, construye responsablemente su historia y se autorealiza en libertad; esta, no es tanto un hacer o dejar de hacer arbitrariamente una cosa determinada, sino “la estructura fundamental por la que el sujeto en su trascendentalidad dispone de sí mismo en orden a su realización definitiva”. La libertad esencial es autodeterminación a favor de una vida plena, llena de significado, que impulsa las capacidades e integra las debilidades en orden a un crecimiento humano-integral. Una libertad que ha de tomar conciencia de su condición finita en función del tiempo existencial que habrá de culminar con la muerte clínica pero en los continuos despojos de la vida también puede ser reafirmada.

El tiempo de vida, que en la vejez se abrevia considerablemente, lleva al anciano hacia la pregunta por el curso de la vida en su conjunto, por la actitud vital, capaz de transformarse aún en la vejez: ¡con mayor razón en esta etapa, que es la última! De este modo, dice A. Auer: “se amplía el horizonte de sentido más equilibrado y fundamentado, la manera de ver la vida, el gusto por el estilo y la proporción por la ordenación jerárquica y el nivel. Así, no obstante los límites de la edad avanzada, pueden surgir un nuevo estilo de vida que, recapitulando las experiencias significativas de la historia personal, potencie el descubrimiento de sí mismo, la aceptación y, en caso de faltar, una mínima autorrealización. Porque por más viejo que sea, la historia de la libertad no ha terminado.

Hacer efectiva esta historia se convierte en una urgencia ética en la ancianidad, porque hay que aprovechar el tiempo que aún queda y darle una forma positiva, aprobando la finitud de la vida y optimizando las actitudes éticas que de ahí se derivan. Esto en contra de la aceptación negativa de la vejez que propicia un deterioro de la identidad del anciano y la búsqueda de placeres como el afán de poder, el materialismo (las cosas palpables lo son todo: comer y beber, la cuenta en el banco, el sillón cómodo...), la obstinación senil o incluso el libertinaje sexual.

Todo lo contrario, nos imaginamos a un anciano que, educado en el amor a lo finito, integra libre y responsablemente los despojos que sufre en la totalidad de su historia, para darle a esta un sentido vivificante tanto a nivel individual como social.

La experiencia de la finitud, concretiza en el hecho de la proximidad de la muerte y el acto de la culminación de la historia de la libertad personal, nos muestra la identidad específica de la vejez y un camino ideal para aceptarla y vivirla con sentido. Este sentido personal no estaría completo sin una referencia explícita al “*ethos* comunitario” que es enriquecido también por la experiencia de los ancianos. Veamos a continuación la dignidad de la persona y otros valores fundamentados, que vinculados profundamente a la vida social, contribuyen a establecer un nuevo estilo de vida en la ancianidad.

El hombre, antes de ejecutar un acto tiene que considerar la realidad y tiene la posibilidad de hacer intervenir la inteligencia y la libertad. El hombre tiene que hacer el ajustamiento, tiene que *iustum facere*, es decir, tienen que justificar sus actos. Por lo tanto, las acciones, buenas o malas, para ser verdaderamente humanas, tiene que justificarse, tiene que realizarse por algo y en vistas a algo.

Así pues, el hombre es un ser ético y la eticidad es una dimensión constitutiva del comportamiento humano. La persona desarrolla una actividad ética cuando sus actos provienen de sus facultades específicas: la inteligencia y la voluntad. Sobre esta dimensión moral estructural, se construye el contenido moral. La vida del hombre no está predeterminada. La conduce él mismo. Esto se lo exigen sus mismas condiciones biosicológicas. Por su naturaleza, el hombre es libre. Es capaz de responder a las situaciones e instancias que le interpelan. Por ello, es responsable. No es un simple dato; su existencia se comprende, más bien, como tarea y compromiso. Y, puesto que al hombre no le está dado por naturaleza el ajustamiento a la realidad, sino que tiene que hacerlo por sí mismo, cobra sentido demandarle que lo que haga de acuerdo con determinadas normas.

A lo largo de su existencia el hombre se hace a sí mismo. Sus acciones manifiestan en cada momento las preferencias por las que se decide en orden a su realización personal. El sentido moral de la existencia humana estriba precisamente en esa capacidad propia de la persona de conducir y construir su vida; su capacidad de sentido, dirección y liberación progresiva.

Todo esto nos orienta a fundamentar el compromiso y reflexión moral sobre el valor de la persona humana. La persona, en efecto, constituye el lugar ético por antonomasia. Es la fuente y el principio de la moralidad: “lo que nosotros consideramos como vigencia absoluta e incondicional de los valores morales –dice Rahner- se basa fundamentalmente en el valor absoluto y en la dignidad absoluta de la persona espiritual y libre”.

La misma consideración humana de la condición de la persona conduce a la percepción de su valor y al reconocimiento de su dignidad. Por ello, para explicar su dimensión ética partimos de la reflexión racional y filosófica que manifiesta con claridad el valor absoluto y la dignidad de la persona.

Frente a los planteamientos “naturalistas” o “utilitaristas”, la fundamentación más rigurosa de la filosofía moderna piensa desde Kant, encontrar en la índole personal de cada sujeto la llamada del valor absoluto. En cuanto a seres absolutamente valiosos, las personas fundamentan la construcción del edificio moral. Hay moral, precisamente porque hay seres que gozan de ese tipo de valor. La argumentación de Kant sobre el valor incondicional y absoluto de las personas es clara y contundente.

Pero suponiendo que halla algo cuya existencia en sí misma tenga un valor absoluto, algo que pueda ser el fundamento para determinadas leyes como fin en sí mismo, entonces en ello y solamente en ello estaría el fundamento de un posible imperativo categórico, es decir, de una ley práctica. Ahora digo: el ser humano y en general todo ser racional existe como fin en sí mismo, no meramente como medio para uso caprichoso de esta o aquella voluntad, sino que debe ser considerado siempre al mismo tiempo como fin en todas las acciones; tanto las dirigidas hacia sí mismo como hacia otro ser racional... Los seres cuya existencia no depende de nuestra voluntad, sino de la naturaleza, tienen solo un valor relativo cuando se trata de seres irracionales, y por esto se llaman cosas; pero los seres racionales se denominan personas, porque su naturaleza ya lo señala como fines en sí mismos, es decir, como algo que no puede ser usado meramente como medio.

Así pues, según la explicación kantiana todo el fundamento moral radica en el valor absoluto de la persona. Su valor reside en sí misma no en otras realidades, por eso, precisamente, es absolutamente valiosa y aquí radica la obligación moral de respetarla. Si todo fuera un medio para satisfacer necesidades o deseos, no existiría la obligación moral, la capacidad de poder servir de fundamento moral no corresponde a cualquier ser, el valor fundamental es aquel que es digno de ser buscado por sí mismo. La persona posee esta capacidad, porque no es una cosa o un objeto, y no puede ser reducida a simple medio irreductible a las cosas e inobjetable, es fin en sí misma, aunque no el final de sí misma, como advierte C. Díaz, pues queda abierta a lo que la funda y trasciende. Por ello, siempre ha de ser reconocida como personas; principio, como veremos, que implica graves consecuencias en las conflictivas cuestiones de la bioética y que ha de estar presente también en el planteamiento de la moral sexual. Ser persona expresa la calidad y dignidad del ser humano.

En virtud del valor absoluto e interno de las personas, se les reconoce dignidad que fundamenta tanto la consideración y respeto que las personas merecen, como el reconocimiento de los derechos humanos. Kant explica la idea de dignidad de cada persona comparándola con la idea de precio, que rige el intercambio de mercancías: en el reino de los fines todo tiene o bien un precio o bien una dignidad. Lo que tiene precio puede ser reemplazado por alguna otra cosa equivalente; por el contrario lo que se eleva sobre todo precio y no admite ningún equivalente tiene una dignidad. Cuando se refiere a las inclinaciones y necesidades humanas tiene un precio de mercado; lo que sin suponer una necesidad se adecua a cierto gusto, a un bienestar basado en el juego sin propósito de nuestras facultades anímicas, tiene un precio de afecto; pero lo que constituye la condición única bajo la cual algo puede ser fin en sí mismo no tiene meramente un valor relativo, o sea, un precio, sino que tiene un valor intrínseco, es decir, dignidad. La moralidad es la condición bajo la cual un ser racional puede ser fin en sí mismo, porque sólo por ella es posible ser miembro legislador en el reino de los fines. Así pues, la moralidad, y la humanidad en tanto sea capaz de ella, es lo único que posee dignidad.

Comportarse moralmente implica, ante todo, evitar toda instrumentalización de las personas, precisamente porque no son medio sino fines en sí mismas y, por tanto, no tienen precio sino dignidad. Como observa A. Cortina, esta es la afirmación central del personalismo, que, aún expresándose en formas diversas, permite llegar a múltiples consecuencias, por ejemplo, respecto a la eutanasia o a la reproducción médicamente asistida. El reconocimiento de la dignidad de la persona y de su valor interno constituye necesariamente un paradigma de valoración moral. Hoy existe una amplia convergencia tanto en el reconocimiento de la grandeza y dignidad de la persona como de la importancia de esta categoría para expresar su dimensión ética.

A través de esta reflexión, trataremos de fundamentar el principio de que el ser humano se nos impone como lo más valioso de lo existente y, en consecuencia, la ética ordena la obligación moral de que toda persona tenga, en igualdad de oportunidades con los demás, la posibilidad de alcanzar su realización plena conforme a su dignidad. De ahí surge la necesidad de transformar la realidad social de acuerdo a estas exigencias: que todos los seres humanos puedan vivir en armonía con su dignidad.

Sin embargo, a esto se oponen serios problemas que impiden ese objetivo, y provocan lo contrario, lo racional: diferentes situaciones de anulación de la persona.

Los mismos seres humanos, los poderosos, los que ocupan un lugar de privilegio, oprimen, enajenan, anulan y excluyen a la mayoría de sus congéneres impidiéndoles su realización como personas. Usan para ello diferentes medios.

Se considera, de una manera envejecer es el destino de todos los seres vivos. Está inscrito en el programa genético, que a manera de una compleja, el progresivo cambio que aparece en la realidad de la vida del viviente pasado los sesenta años de su edad y que avanzará el hecho que la vejez hasta su muerte. La vida sufre el proceso de envejecer, el envejecimiento, y mientras dura el individuo viviente, cada vez con mayor evidencia de serlo, éste se hace viejo. Se va expresando en tiempos precisos definidos para cada especie biológica. Con rapidez, las células se multiplican, el individuo crece, se desarrolla cubriendo etapas amplias en lapsos breves; cada órgano o segmento corporal aparece o desaparece en tiempos precisos. Se alcanza la madurez y con ella la aptitud para la reproducción; a partir de ahí, vienen cambios, estos más lentos o más largos procesos de involución que llamamos envejecimiento, caracterizado por un decaimiento gradual de las funciones corporales hasta cuando cesan las funciones indispensables para la sobrevivencia del individuo.

En el transcurso de la vida, cada uno de los genes se enciende y se apaga en tiempos definidos. En algunos individuos, sea por factores genéticos, o por interacciones desafortunadas con el medio ambiental, no lo logra. La medicina es la historia de esos trastornos. Algunos individuos nacen con incapacidad para expresar algunos genes o la expresión incorrecta y mueren tempranamente. Otros, son destruidos por el ataque de agentes ambientales o de otros seres vivos como en el caso de las enfermedades infecciosas, pero aun cuando no haya ninguna interferencia externa los días de la vida está contados para todas las especies. Entre un unicelular, cuya vida entera está cifrada en minutos, hasta un árbol, que puede vivir varios siglos, la tendencia es siempre la misma de la juventud hacia la vejez.

La caracterización de la vejez entonces es un concepto relativo; para una bacteria cuyo ciclo vital dura unos minutos y una tortuga que vive más de un siglo, su envejecimiento se desenvuelve en coordenadas temporales muy distintas. Aún en el mismo individuo, coexisten diferentes expresiones de envejecimiento; en los seres multicelulares, la vida del individuo es el resultado de una compleja sucesión de las vidas particulares de las células que lo constituyen. Durante el desarrollo corporal hay verdaderos cataclismos, en los que órganos enteros desaparecen, así ocurre, por ejemplo, en los humanos, con la cola, que está presente en el embrión y se reabsorbe después, ello significa la muerte de muchos millones de células, y lo mismo ocurre con el timo en el adulto. Algunas células en el humano adulto, como las epiteliales o los fagocitos viven sólo unos días; otras, como las neuronas sobreviven tanto como el propio individuo. Todos los días de la vida de un ser multicelular nacen y mueren muchas de sus células. La muerte celular programada ocurre en silencio.

La única especie que no solo envejece, sino que, además, tiene conciencia de ello, ya que el vigor físico suele apagarse antes que el intelectual, el viejo es agudamente conciente de sus limitaciones corporales y en ocasiones les confiere una exagerada gravedad. Así, no hay etapa de la vida humana que provoque mayor ambivalencia que la vejez. Deseamos una vida larga y rica en experiencia, pero tenemos al tramo final del camino, marcado por el decaimiento físico y mental y por el rechazo

social. En las etapas tempranas de la vida entre la infancia y la madurez es impulsado por la expectativa, en ocasiones ansiosas del vigor y poder creciente al paso de la edad. El niño anhela llegar a la pubertad, y el adolescente, quiere ser adulto lo más pronto posible, pero éste ya difícilmente se resigna a la mengua gradual de las facultades, y menos acepta que cada día vivido es uno menos que le resta, en una reserva de calidad cada vez menor.

Sin embargo, también es verdad que el temor a la muerte hace que veamos como un mal menor las limitaciones que nos impone la vejez. Sabemos que en un alto precio por conservar la vida y lo aceptamos, pero en los últimos tiempos estamos menos dispuesto a pagarlo. Conforme la ciencia y la tecnología acrecientan el poder del hombre sobre la naturaleza, crece también la demanda de que se eviten los estragos de la vejez, y si ello fuera posible, la vejez misma. Quisiéramos, en cualquier etapa del camino, poseer la riqueza en experiencia de una vida bien aprovechada, pero también tener un horizonte abierto, un futuro siempre promisorio. Queremos una larga vida, pero toda de calidad excelente.

Desde luego, no es una aspiración reciente; en todas las culturas, el envejecimiento ha sido motivo de temor y ansiedad. En antiguas filosofías y en muchas religiones, la angustia ante la muerte es atemperada por las promesas de la promesa de la resurrección; Orfeo logró rescatar del Hades a Perséfone, y ante la evidencia del envejecimiento corporal, la religión postula la inmortalidad del alma, implícitamente joven por toda la eternidad.

El envejecimiento carece de significado en la evolución biológica; en tanto que la invalidez del recién nacido ha dado margen a patrones conductuales en muchas especies que tienden a proteger a las crías vulnerables, el cuidado de la fragilidad del individuo que ya dejó de ser fértil no ha sido motivo de ningún desarrollo filogenético de consideración. De hecho, la senectud es un fenómeno esencialmente humano; cuando en la naturaleza se inicia el decaimiento físico en un animal, se reducen sus posibilidades de mantenerse en la diaria competencia por sobrevivir. No hay misericordia para el débil. La especie humana será la única en la historia de la vida en este planeta que desarrolle, en la evolución cultura, sistemas de protección a la invalidez del individuo.

Por otra parte, no todo es pérdida con la edad, y en muchas sociedades se ha dado especial valor a la experiencia, haciendo de la ancianidad un sinónimo de sabiduría.

La medicina ocupa un lugar central en el estudio de la vejez y en su adecuado manejo. Por una parte es una buena medicina causante del aumento en el número de viejos, a lograr éxitos fundamentales para combatir las causas de muerte a edades tempranas. Las vacunas, las medidas de asepsia y de higiene, el mejor conocimiento de los padecimientos de la infancia y la juventud han permitido prolongar la esperanza de vida, que el Europa en 1800 era apenas de 35.5 años; hacia principios del Siglo XX, había alcanzado ya los 50 años; hoy, se acerca a los 80 y, en su mensaje al Congreso de Estados Unidos en 1998, el Presidente Clinton destacó la factibilidad de que un niño nacido en ese año alcanzará a ver el Siglo XXII. En México, la dilatación de la esperanza de vida ha sido también espectacular, desde 1910 27.4 años hasta rebasar ya el promedio de los 74. Las expectativas sugieren que estamos acercándonos al límite

natural de vida de nuestra especie, y aún ese nivel está elevándose; el máximo de longevidad documentada es cada vez mayor. El grupo de sexagenarios es el que más está aumentando en la población mundial, y se prevé de que a mediados de este Siglo XXI, la pirámide poblacional se habrá adelgazado en la base tanto que el número de ancianos será mayor que el de recién nacidos. La cantidad de seres humanos que rebasan el siglo de edad, está en aumento a un punto tal que ya hay programas internacionales de estudio de cohortes integradas por individuos centenarios. Con estos cambios el perfil demográfico, se han producido también importantes transformaciones en la actitud hacia la edad. En tiempos antiguos, se era necesariamente viejo al llegar a la cuarentena, considerada como el umbral cronológico para hacer filosofía, ya que se apagaban para entonces los fulgores de la sensualidad, mientras quedaba íntegra la capacidad de ideación. A los sesenta años, se iniciaba la senilidad, con pérdida de atributos mentales. Así, Montaigne, hace cuatro siglos, refiere melancólicamente “pronto habré pasado mi cumpleaños número 56, edad que algunas naciones no sin razón, fijaron como límite adecuado de vida, sin permitir a nadie excederlo”. Hoy, en algunas actividades, a los 40 años se está apenas al comienzo de una vida profesional especializada y del establecimiento de una familia, y a los sesenta, se mantiene la actividad intelectual sin detrimento.

Por otra parte, vivimos bajo el signo de la renovación, la capacidad de cambio es condición de supervivencia, y nuestra sociedad industrializada actual gratifica aquellos valores como la competitividad y la agresividad, más propia de la juventud. La memoria de los acontecimientos remotos o la ecuanimidad en el juicio, facultades de los ancianos, ya no son bienes necesarios. La información se almacena en sistemas impresos o automáticos y la rapidez es más apreciada que la ponderación en la toma de decisiones. El *homo faber* ha desplazado al *homo sapiens*. El acceso expedito a la información ha marginado el papel de la memoria en los ancianos. El espacio de acción del anciano se reduce en la sociedad moderna. La pérdida del núcleo familiar, propio de los países industrializados actuales ha devaluado una de las grandes funciones de los abuelos tradicionales como padres suplentes. Hoy el anciano transcurre sus últimos días en la soledad de un asilo mientras sus nietos se descarrían por falta de atención hogareña.

A finales del decenio de los sesenta surgió con vigor la tendencia caracterizada por Isaiah Berlín como la paidocracia, dominada por la aceptación de los valores y aún de las actividades y hasta de los atuendos de los jóvenes como normas para los viejos. Sin embargo, es innegable que en toda comunidad hay lugar para jóvenes y viejos. Además, la edad no ha sido impedimento para la continuidad de una vida creativa.

Es una visión muy curiosa. La vejez non existió en las épocas tempranas de la humanidad, cuando el cavernícola dependía sólo de su aptitud física para sobrevivir, su tránsito por la vejez era tan breve como la de los otros animales con quien competía por sobrevivir. Con la civilización se hizo posible la supervivencia en condiciones de desventaja corporal y mental y se incrementó en número de ancianos a los límites actuales y para los próximos decenios, podemos imaginar un futuro sin ancianos decrepitos, poblado por viejos en pleno goce de muchas de sus facultades y aptos para la competencia en un ambiente cultural y tecnológicamente favorable para recibir sus contribuciones. Desde luego, es sólo un escenario posible pero no es descabellado en vista de los actuales desarrollos.

La evolución social, al igual que la biológica, oscila entre la innovación y la conservación, la valoración de lo novedoso y la elección de lo que habrá que renovar requieren de experiencia y prudencia. El dilema del progreso es la asimilación de lo nuevo y conveniente, conservando lo mejor de lo ya existente. La búsqueda del equilibrio entre estas dos tendencias determina el éxito de un conjunto; tan destructivo es el rechazo al cambio como la permanente inestabilidad.

Pese a estas consideraciones, uno de los grandes problemas sociales de nuestro tiempo es que no sabemos cómo aprovechar las capacidades del sector etéreo que más está aumentando. No hay planes adecuados para asimilar una población de retirados que podrá superar en número a los de los económicamente activos que habrá de generar los recursos para mantener las pensiones de retiro. El problema se hace particularmente grave si se considera que con la edad aumenta la vulnerabilidad del organismo a las enfermedades. Según las estadísticas disponibles, el número de días de trabajo perdidos por enfermedad es más del doble entre los individuos de más de sesenta años que entre los de veinte años. El aumento de la longevidad está causando modificaciones importantes en nuestra estimación del valor de la vida. El espectro que más aterra al anciano es pasar sus últimos días víctima de una enfermedad crónica, incapacitante y dolorosa de costosa atención médica que destruya cualquier patrimonio que le restara y aún el de sus familiares.

Una consecuencia de esta angustia actual por encontrar la forma de pasar la vejez de la mejor manera posible consiste en conocerla a fondo. Si la ciencia no nos ha entregado hasta ahora el elixir de la eterna juventud, es, entre otras razones, porque no acertamos a saber qué es el envejecimiento. Ha sido mucho más tema de artistas, teólogos y filósofos que de científicos. Extrañamente, la vejez nunca fue tema importante en la Biología y en la Medicina; en tanto, que la Embriología y la Biología del Desarrollo son conocidas desde Aristóteles, la caracterización biológica y médica de la vejez apenas está por hacerse. Así como la pediatría tiene más de un siglo de establecida, la geriatría es una disciplina reciente. En un país como México en el que la expectativa de vida es ya de 74 años, mientras hay varias decenas de cursos para preparar médicos especialistas en pediatría con millares de alumnos, sólo hay unas decenas de egresados en el único curso de Geriatría.

Han abundado las explicaciones para el envejecimiento, sin que tengamos aun hoy ninguna que satisfaga íntegramente. Se ha hablado de la acumulación a lo largo de la vida, de sustancias tóxicas procedentes del propio organismo, del efecto gradual de microlesiones que se van sumando hasta inducir las grandes manifestaciones de generación orgánica que caracteriza a la vejez. Ya ha quedado descartado el que la vejez sea una enfermedad o que sea consecuencia de las que han afectado al individuo. Conforme se van eliminando las causas externas de muerte, la expectativa de vida disminuye a medida que se avanza en edad hasta aproximarse a lo que parece ser el límite natural de la vida en nuestra especie. En las sociedades primitivas, la mortalidad infantil y juvenil es dominante; son pocos los individuos que llegan a la vejez, en cambio, con la civilización, cada vez son más los individuos que alcanzan ese límite natural. Sin embargo, como dijimos aún este concepto está en debate. Pero, ¿qué es el envejecimiento?, ¿es un fenómeno propio de órganos y sistemas?, ¿envejecen las células del cuerpo? Incluso cuando las manifestaciones más evidentes del envejecimiento son macroscópicas y por simple observación podemos distinguir a un individuo joven de uno viejo, y un patólogo puede estimar la edad de un individuo

viendo el aspecto de cualquiera de sus órganos, también parece cierto que el envejecimiento afecta a cada célula del cuerpo, cuya capacidad de reproducirse en cultivo disminuye conforme más veces lo hace, como si hubiera un límite al número de ciclos celulares que puede generar.

Con el propósito de presentar el fenómeno del envejecimiento en sus distintas vertientes, a) la individual, describiendo cuales son los cambios biológicos, psíquicos y clínicos consecutivos al envejecimiento. Cuáles son los procesos biológicos que hacen que envejezcamos; b) la poblacional, analizando cuál es la importancia de la vejez en el contexto demográfico y de los trastornos de salud que se le asocian en la perspectiva de la salud pública.

Esto ha generado un verdadero dilema, el cual radica en los siguientes cuestionamientos: ¿qué ventajas da al proyecto de longevidad, si la misma sociedad se encarga de marginar a los ancianos?, ¿en el momento actual el adulto mayor puede vivir con dignidad gracias al apoyo que le brinda la sociedad y por la atención médica que recibe?, ¿resulta ético prolongar la vida del hombre ante la amenaza de desconocer al anciano como persona humana?

Considero que es conveniente recapacitar sobre el estatus de los adultos mayores para reintegrarlos a su calidad real de personas humanas; por lo que esta tesis tiene la intención de desencadenar un proceso reflexivo destinado a replantear la situación de los viejos como ciudadanos en igualdad de circunstancias a los adultos en “edad productiva”.

El anciano como persona humana tiene una tarea que cumplir en la sociedad; y partiendo del hecho de que el adulto mayor en su sanidad es productivo, los derechos que fortalezcan su integridad psicológica, social y trascendente, lo reintegrarán a su rol social, situación que hará que mejore su calidad de vida, a través de la convergencia de la ciencia, la ética y el derecho.

2.2 Aspectos biológicos del envejecimiento.

La posición irreductible en que desde la Grecia antigua se viene moviendo el pensamiento antropológico: por un lado, el monismo materialista, según el cual el hombre no es más que materia, entendida científicamente según los principios y los métodos de la física y la química; por otro, el dualismo en sus diversas etapas históricas, la platónica, la aristotélico-tomista y la cartesiana, según la cual la realidad propia del hombre es el resultado de actuar conjunta y unitariamente dos modos de lo real: la materia, entendida conforme lo que la ciencia enseñaba en cada una de las tres situaciones históricas, la platónica, la aristotélica, más tarde, aristotélico-tomista y la cartesiana, y el espíritu concebido como constancia no material y como principio animador y ordenador dinámico de las actividades más propiamente humanas, la inteligencia y la libertad. Dos puntos de crítica: el monismo materialista, impide entender satisfactoriamente la actividad intelectual del hombre y su libertad, y en el dualismo materia-espíritu hace imposible una comprensión satisfactoria de la acción inmediata del espíritu sobre el cuerpo en los actos humanos materiales, el movimiento voluntario (acción directa del espíritu humano sobre la materia corporal), y el acto libre (acción directa de la materia corporal sobre el espíritu, en actos humanos sensitivos de

diversa índole). Tal ha sido la razón principal por la que dos de los grandes filósofos de nuestro siglo, Scheler y Ortega no pudieron aceptar la realidad del espíritu humano.

El hombre envejece en tanto que cuerpo viviente. Pero el papel del cuerpo en la realidad y la actividad de la especie humana es entendido según dos ideas contrapuestas: la de la antropología unitaria materialista y la de la antropología dualista, bien en su forma cartesiana, bien en la versión escolástica de la aristotélica.

Según el materialismo antropológico, sólo a la materia afectan, y conforme a las ciencias de la materia deben ser entendidas las cuatro notas esenciales que Steller atribuye al proceso de envejecer: este es a la vez deletéreo, progresivo, intrínseco (esto es, sólo independiente de sí mismo) y universal. Pero ¿puede reducirse la realidad sintomática del envejecimiento, de la cual son parte esencial las alteraciones psicológicas, a lo que de ella puede decir una biología puramente físico-químico? Ni siquiera considerados en su integridad psicológica, los bien conocidos fallos de la memoria; lo cual, claro está, no quiere decir que los olvidos de la vejez no haya alteración del cuerpo, y más precisamente del cerebro.

El agente inmediato de cualquier acto humano del hombre es, por supuesto, la estructura dinámica del cerebro del sujeto; por tanto, lo que con su trabajo experimental y su esfuerzo mental está consiguiendo desde hace decenas de años el empeñado estudio de los neurofisiólogos, pero no podríamos entender adecuadamente el último sujeto de los actos mentales sino viésemos la actividad del cerebro como resultado de un “dar de sí” del dinamismo cósmico el correspondiente al nivel estructural de la especie viviente de que procede, en este caso, la humana. Con esta radicalidad habrá que pensar y explicar el envejecimiento del hombre para entenderlo como ser humano, comenzando por los componentes más estrictamente orgánicos de la vejez humana.

Como hemos visto, el envejecimiento es un proceso que no responde a una sola causa, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo mental y lo socio-ambiental, es decir, entre lo genético y lo social ya adquirido. Hacia el término de la existencia del ser humano, se manifiestan cambios en el organismo tales como: disminución de la capacidad de adaptación; menor capacidad inmunológica contra infecciones; menor capacidad defensiva contra los riesgos extraños al organismo vivo, y disminución progresiva en la capacidad de recuperación en el caso de una agresión del entorno.

En el denominador común de los fenómenos que se presentan en el proceso de senectud es la disminución progresiva del número de células en los tejidos, particularmente en el nervioso y en el muscular, una vez terminado el periodo del crecimiento y del desarrollo del organismo. Ello implica una disminución funcional general que afecta a todo el organismo en forma diferenciada y no homogénea.

El envejecimiento no se presenta en forma homogénea en la especie humana, sino que es diferente para cada individuo; aun cuando el envejecimiento humano tiene características generales comunes, existen grandes variaciones en que se presenta en cada persona. Esta situación se debe a que el fenómeno es, al mismo tiempo, individual y social. Para una misma función fisiológica o para una misma actividad intelectual, se observan grandes diferencias individuales en cuanto a la edad a la que aparecen los signos de envejecimiento.

Para explicar estas variaciones hay razones, como quedó anotado, de orden genético, individual, ecológico y social. Los factores ecológicos y sociales son particularmente relevantes en estas variaciones: de una manera general, toda condición de vida que provoca la falta de utilización de una función o actitud acelera la declinación de ellas. Por otro lado, hay problemas ecológicos, imputables a la influencia del hombre sobre el ambiente, que son ya tan considerables que están afectando toda la vida en la tierra y se constituyen en un factor importante en la limitación de la vida humana.

El envejecimiento no concierne sólo al periodo de la senectud, como se ha establecido (actualmente 65 años y más), sino que se inicia tempranamente cuando el organismo alcanza el periodo de madurez, con el desarrollo completo hacia los 25 a 30 años. Estos valores están relacionados con los riesgos que las sociedades humanas crean. La mayoría de estos se relacionan con daños biológicos y con factores de orden económico o social, por exceso o carencia de satisfactores en las sociedades. Existen también factores de riesgo relacionados con la personalidad del individuo, sus hábitos de vida, idiosincrasia, etc. que también modifican el proceso biológico de envejecimiento.

El mantenimiento de una vida activa tanto en el deporte como en el cultivo intelectual o en las tareas manuales, puede retardar la aparición de la vejez, pero esto no es fácil de probar en forma general. A esto se añade el aumento de la incidencia de ciertas enfermedades después de los 40 años, favorecidas por la declinación funcional y el descenso de la eficacia del sistema de defensa del organismo, lo que hace más difícil diferenciar qué signos y síntomas corresponden al envejecimiento normal y cual se deben a los agentes patológicos.

En relación con el envejecimiento de los seres humanos y con sus implicaciones médicas en las sociedades actuales, hay que tomar en cuenta 3 puntos importantes:

1. La distinción entre el envejecimiento normal o natural y el afectado por la enfermedad.
2. El periodo en el que empiezan a manifestarse los signos anatómicos y funcionales del envejecimiento biológico y psíquico, su intensidad, su precocidad y la velocidad con que evolucionan.
3. El papel de los factores del riesgo del medio en procesos del envejecimiento.

El concepto epidemiológico del envejecimiento individual humano podría ser representado en la siguiente forma:

1. Envejecimiento demográfico o poblacional: proceso permanente y colectivo que corresponde a la dinámica de los diversos grupos humanos, y que se refleja en la esperanza de vida.
2. Envejecimiento individual del organismo humano: proceso anatómico (molecular, celular, histológico y orgánico), funcional y psíquico por

declinación de capacidades normales en los individuos, que se traduce en manifestaciones clínicas.

Al envejecimiento individual contribuyen factores de 2 tipos:

- a) Endógenos: genéticamente programados.
- b) Exógenos: provenientes del ambiente externo, ecológico y social, entre los que más influyen se cita a la pobreza.

El envejecimiento afecta profundamente la vida social de las personas. Asociada a la inactividad, el retiro de trabajo, el aislamiento social y familiar del individuo conducen a la senectud.

El promedio de esperanzas de vida de la población está ligado a las condiciones de los individuos que nacen, los niños tienen cada vez más posibilidades de llegar a ser adultos y ancianos, ello se asocia a la existencia de sistemas preventivos y curativos de gran eficacia para toda la población. Es decir, el envejecimiento de la población no se debe sólo a que los viejos se mueren cada vez más viejos, sino que la sociedad va aumentando el porcentaje de viejos porque disminuye la mortalidad infantil, sobre todo, en los primeros cinco años.

La longevidad responde a otra dinámica que no se debe confundir con la del envejecimiento demográfico de la población. En el envejecimiento individual hay que diferenciar entre el verdadero envejecimiento y el influido por el medio, de aquí que cuando aparecen inadaptaciones psico-sociales, hay procesos de aceleración del envejecimiento que la sociedad agrava; por ejemplo, cuando establece arbitrariamente que en una población los individuos que lleguen a los 65 años deben jubilarse, suponiéndose que están incapacitados física y mentalmente.

Los efectos visibles del envejecimiento. Hay varias señales que para cualquier persona son perceptibles y que le anuncian la llegada de la etapa del adulto mayor: el adelgazamiento y pérdida de la elasticidad de la piel, con la consiguiente aparición de arrugas además de la presencia frecuente de moretones debidos a la fragilidad de los vasos sanguíneos superficiales; estos procesos se aceleran por la exposición al sol y el consumo de tabaco, la disminución de las masas musculares y la pérdida de fuerza consecutiva, por la falta de ejercicio y la desnutrición, muchas veces debido a la falta de dientes precipita la aceleración del envejecimiento.

La dificultad para mover las articulares de la cadera, rodilla, dedos, etc. se debe al deterioro por la constante presión que se ejerce en sus superficies articulares; es bien conocido el adelgazamiento de los cartílagos intervertebrales, que produce una disminución notable de la estatura. Igualmente la inflamación y deformidad de diversas articulaciones que producen incapacidad parcial y los golpes en las articulaciones son compañeros inseparables de la aparición de la vejez; además, la ingestión de alimentos cuyo metabolismo deja como residuo final al ácido úrico y la obesidad hacen más patentes estas molestias.

Hay disminución de la agudeza visual por pérdida de neuronas y por el endurecimiento y opacidad del cristalino; esto es lo que se conoce como presbicia. El

proceso de la hipoacusia, o sea, la disminución de la función auditiva se acelera por la esclerosis del oído medio e interno y por habitar o trabajar en ambientes ruidosos.

En lo referente al corazón la falta de eficiencia en el bombeo que realiza este órgano hace el ejercicio más dificultoso lo que se puede manifestar en la marcha o al subir escaleras, e incluso, se limitan los movimientos requeridos para realizar actividades de la vida diaria. El alcohol, el tabaco y los malos hábitos alimentarios empeoran estas dificultades.

Las arterias, en general, se endurecen por procesos de precipitación de sales de calcio en las placas de colesterol que se forman en la luz de estos vasos con todo un cortejo de síntomas y riesgos de ruptura de una arteria con todas sus consecuencias para los órganos afectados: sistema nervioso, ojos, pulmones, etc. En lo que se refiere a los pulmones, éstos disminuyen su elasticidad por esclerosis de su tejido esponjoso, así como el de los bronquios; a veces coexisten la bronquitis, la sinusitis y la rinitis crónicas que empeoran con el tabaquismo, la contaminación atmosférica y el ejercicio insuficiente.

El hígado pierde capacidad de filtrar las toxinas que se producen en el organismo o que se ingieren; el proceso se acelera por el abuso del alcohol o por la hepatitis por virus, hay casos en que se presenta un estreñimiento o constipación que a veces requiere atención médica; en casi todos los ancianos es común la dificultad de digerir comidas abundantes o muy condimentadas. La degeneración de los islotes de Langerhans del páncreas producirá diabetes mellitus. La desnutrición puede causar anemia.

El sistema nervioso central va perdiendo su capacidad, y así aparecen la falta de memoria reciente y las respuestas retardadas a los estímulos (pérdida de reflejos), todo esto debido a la muerte de muchas neuronas; a ese respecto, lo que hace más precaria la situación del anciano es el consumo del alcohol y de otras drogas.

La marcha en el anciano se empieza a dificultar hasta que camina arrastrando los pies y se ve precisado a ayudarse, para deambular, con un bastón, muletas o andadera; es frecuente que pierda algunas veces el equilibrio.

Es muy común que el viejo empiece a presentar temblores cuando tiene los miembros en reposo, esto a veces es el prelude de la enfermedad de Parkinson, el deterioro mental del anciano puede ser superficial o llegar a presentarse como enfermedad de Alzheimer, sin embargo, sólo la quinta parte de los ancianos presentan este tipo de demencia, y el resto únicamente problemas menores en lo referente a las funciones cerebrales superiores.

La degeneración producida por los errores en la reproducción genética y los estímulos y agresiones del medio tienen consecuencias en el fenómeno de la transmisión hereditaria celular; se puede producir tumoraciones benignas, y en muchos casos cánceres que de no tratarse de inmediato, conducen a la muerte.

En el varón es muy frecuente la aparición de impotencia sexual progresiva, lo que origina gran preocupación en los senescentes; además presentan trastornos de la micción por hipertrofia prostática que frecuentemente termina en cáncer. En la mujer se anota la presencia de síntomas de la menopausia, que cursa con diversos grados de

irritabilidad nerviosa y los clásicos “bochornos”. La descalcificación concomitante a la disminución de las hormonas femeninas predispone la aparición de fracturas.

En lo relativo a la atención profesional se puede decir que todavía hay un número muy limitado de especialistas en geriatría, pero también, hay que asentar que las enfermedades que afligen a los ancianos son las mismas que se presentan en la edad adulta aunque con mayor frecuencia y más severas, de tal manera que un médico internista, bien preparado, puede atenderlas con toda eficacia. Quizá sólo los trastornos mentales son más característicos de la edad avanzada pero estos no tienen curación una vez que se han instalado.

La conclusión de la vida en el ser humano en el ocaso de vida va transcurriendo insensiblemente hasta el final, acompañado de los trastornos físicos, psicológicos y sociales, sin embargo, las formas más comunes y las más detestables para terminar la existencia son dos: la osteoporosis y la demencia.

Sobre la osteoporosis se puede decir que es una disminución de los tejidos de los huesos, y se asocia al aumento de la resorción ósea, los huesos incluso cuando extremadamente no parecen afectados en su interior, se van caracterizando las diversas trabéculas que le dan solidez al esqueleto, de tal manera que cualquier presión sobre un miembro puede producir una fractura. Su causa es mal conocida, sus factores potenciales importantes: la falta de desarrollo de suficiente masa ósea durante el comienzo de la vida, la acentuación en la pérdida del hueso y calcio que se observa al final de la edad adulta, la menor sensibilidad a la hormona paratiroidea, la absorción defectuosa de calcio en el intestino y, por último, la menopausia en las mujeres.

La osteoporosis es más común en las mujeres menopáusicas que en el adulto mayor, y algunos autores señalan que se presentan con mayor intensidad en individuos de tez blanca que en los de piel morena.

Los pacientes con osteoporosis sin complicaciones pueden permanecer asintomáticos o pueden tener diversos dolores en los huesos, sobre todo en la espalda, pues las fracturas por aplastamiento de los cuerpos de las vértebras se asocian de modo característico a traumas mínimos pero que van disminuyendo el agujero de conjunción por donde emergen las ramas sensitivas de los nervios raquídeos. El dolor resultante es agudo y se agrava por el soporte del peso, puede asociarse a dolor local a la presión y persiste generalmente por días o semanas.

Las lesiones de las vértebras dorsales pueden producir encorvamiento de la persona y a veces lordosis cervical en el adulto mayor. Esta sintomatología es poco aparente te principio, se observan adultos mayores “caídos de hombros” o bien que adoptan posturas extrañas al sentarse, lo cual a veces les produce algún alivio.

La osteoporosis avanzada produce fracturas en la cadera, básicamente en el cuello del fémur, en las muñecas y a veces en las falanges de manos y pies.

Por otra parte, la disminución de la altura en los cuerpos vertebrales puede producir desde dolor crónico que la gente identifica como “lumbago” o “ciática”, se manifiesta con un dolor agudísimo que sigue el trayecto del nervio del mismo nombre y

en ambos casos se produce incapacidad para permanecer largo tiempo sentado, agacharse y aún caminar.

En el examen radiológico, las vértebras demuestran una radio densidad disminuida debido a la pérdida de la estructura trabecular de los huesos que es justamente lo que aumenta la fragilidad. Es posible que la osteoporosis inducida por corticosteroides produzca radio transparencia del cráneo, fracturas de las costillas y formación exuberante de cabello. Se ha notado que los astronautas pueden desarrollar osteoporosis si permanecen mucho tiempo en condiciones de ingravidez.

La intervención del médico es solicitada cuando el dolor lumbar agudo es muy severo debido a una fractura por aplastamiento vertebral reciente; debe tratarse con un dispositivo ortopédico, analgésicos, y (cuando es prominente el espasmo muscular) calor y masaje. Los pacientes con osteoporosis de larga duración pueden desarrollar crónico dolor de espalda debido a estrés anormal por compresiones vertebrales previas sobre los músculos paravertebrales blandos. Es necesaria la protección de la columna vertebral, evitando desde la juventud el levantamiento de pesos excesivos o las caídas.

Los suplementos de calcio y las hormonas sexuales por vía oral reducen la resorción ósea y detienen o reducen la progresión de la enfermedad. Las dosis grandes de calcio son bien toleradas.

En lo relativo a conocer en número de ancianos que padecen procesos degenerativos cerebrales, se puede decir que no hay cifras exactas: primero, porque en mayor o menor grado, toda la gente espera a que sus ancianos vayan perdiendo muchas de sus facultades, entre ellas, obviamente, las mentales, y en segundo lugar, porque muchas familias acostumbran a esconder a sus ancianos dementes, a menos que las actividades que realizan sean francamente peligrosas; por eso, es muy difícil saber cuantos adultos mayores padecen la enfermedad de Alzheimer; además, como se sabe, dicho padecimiento es incurable, progresivo e invalidante, y se confunde con otros tipos de esclerosis demenciales, de tal manera que los familiares no lo ven el caso de molestarse en acudir al médico para que se atienda al perviviente, y esto hace que dentro de las demencias seniles estén una cantidad importante de padecimientos degenerativos del sistema nervioso central.

Sin embargo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial, aún para cuidar y asistir a un anciano con problemas mentales, pues se dice que no es lo mismo que el anciano no sepa dónde dejó sus llaves a que ignore para qué sirven las mismas llaves, por ejemplo, y en estas sutiles diferencias descansa el diagnóstico diferencial y la asistencia a los problemas mentales de los adultos mayores.

En los países en donde se contabiliza mejor el número de personas con problemas demenciales en la etapa del adulto mayor se calcula que aproximadamente el 10% de todas las personas que pasan de los 65 años, tienen impedimentos intelectuales, que son clínicamente comprobables, y que cerca de 20% de estos casos pueden ser debidos a causas que son tratables o, al menos, que se pueden estabilizar; en cambio, hasta el presente, no se conoce ningún tratamiento efectivo para la enfermedad de Alzheimer. Es más se cree que la incompetencia psicosocial total que presentan estos pacientes asciende hasta el 60% de estos estados demenciales y su prevalencia parece aumentar en escala logarítmica con la edad, de tal manera, que en países con esperanza

media de vida es de más de 70 años puede haber hasta 1% de su población total con este tipo de padecimientos, si las tendencias demográficas continúan como se observan actualmente, el un cuarto de siglo, el 40% de la población será mayor de 60 años, y es probable que el número de ancianos con demencia senil sea 5 veces mayor que el que actualmente se presenta. En algunos países desarrollados, este padecimiento constituye la cuarta causa de muerte después de los ataques cardiacos, el cáncer y las hemorragias cerebrales.

Especial cuidado deben poner los familiares del adulto mayor cuando comienza a perder la memoria y la atención, la habilidad matemática, el sentido del humor, se desorienta en espacio y tiempo y exhibe un carácter irritable. La enfermedad de Alzheimer inexorablemente conduce a la disgregación y degradación de la psiquis humana y, según se estima, en 5 ó 15 años causa la muerte.

Los exámenes practicados por anatomopatólogos en enfermos que padecieron enfermedad de Alzheimer han demostrado que entre las neuronas hay fibras torcidas en formas de marañas, y que en ciertas áreas del cerebro se acumula una proteína anormal que forma placas espaciadas entre las neuronas, placas que están constituidas por una sustancia amiloide. Muchos anatomopatólogos creen que la enfermedad se relaciona con los depósitos que han encontrado entre las neuronas de proteína T y proteína B amiloide que se presentan en el sistema nervioso central; dichos compuestos, según algunos anatomopatólogos, producirán la degeneración de las neuronas. A veces, esta enfermedad ataca gente más joven que en el adulto mayor, lo cual se conoce como demencia pre-senil.

Hay que reflexionar que es muy difícil encontrar instituciones para este tipo de pacientes, en las que el trato sea humanizado. Aún pagando una pensión muy considerable, muchas veces estos pacientes terminan su vida severamente golpeados o en el más completo abandono si sus familiares no están ejerciendo una vigilancia cercana y permanente sobre estas instituciones, además en la mayor parte de los países latinoamericanos ni siquiera se ha podido construir hospitales para pacientes que adolecen de enfermedades agudas, se está muy lejos de poder contar con suficientes camas para enfermos crónicos o ancianos y aún de asilos para casos de demencia.

Cuando el anciano no presenta un deterioro avanzado es relativamente sencillo incorporarlo al ambiente familiar, y, dependiendo el grado de incapacidad que presente, encomendarle tareas sencillas; aquellos viejos que presentan solamente capacidades físicas mínimas pueden colaborar con el cuidado o la vigilancia de los menores que viven en la familia y realizar quehaceres domésticos adecuados a su estado minusválido.

La prevención de los achaques del envejecimiento. Para vivir más sano y más años sería necesario cambiar nuestros hábitos alimenticios en dos direcciones:

1. Mantener el peso del cuerpo por debajo del peso normal en un 10%.
2. Consumir una alimentación equilibrada en cantidad y calidad, pero hipocalórica: por ejemplo, 2 000 kilocalorías al día (en nuestro medio) e ingerir alimentos de alto valor nutritivo.

Hay que recordar que el principal enemigo de la salud y de la longevidad es el exceso de peso del cuerpo y que con el 20% menos del peso promedio que tienen los individuos en las sociedades desarrolladas tendrían la posibilidad de vivir entre un 20 y un 50% más.

La buena dieta, para todas las edades, se caracteriza por la variedad de los alimentos y por el valor calórico necesario para realizar el metabolismo normal, evitando reservas grasas que antes de ser depositadas en las celdillas adiposas circulan a través del torrente sanguíneo originando diversos trastornos.

La dieta ideal es aquella que contiene el número adecuado de calorías y que está balanceada en lo que se refiere a proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales necesarios para la vida humana.

En México, para un individuo de peso normal hay una variedad de alimentos, simples y naturales, que permiten mantenerse en un peso ideal con la sola dieta o bajando lentamente de peso, a razón de 2 000 kilocalorías al día, una dieta que contenga un alto valor nutritivo que impida las carencias: frutas crudas, cereales, solos o combinados, leche semidescremada, sopas de legumbres, salsas, pescado, pechuga de pollo, legumbres sin mantequilla, pan integral, agua y no alcohol, usando como bebidas para acompañar los alimentos los jugos naturales y los refrescos sin azúcar. Con estos hábitos se puede prolongar la vida.

Las conservas que contienen gran cantidad de sodio producen hipertensión y hay que evitar un alto consumo de cuerpos grasos industriales de origen vegetal, particularmente las margarinas y las grasas de aceites conteniendo importantes cantidades de ácidos grasos no saturados, pero que han sufrido una profunda transformación química al ser industrializados; por ejemplo, ciertos ácidos vegetales etiquetados como “naturales”, contienen hasta el 17% de dobles ligaduras en posición anormal y este porcentaje es mayor en ciertas margarinas y en las materias grasas naturales, como el famoso “paté” de ganso de la comida francesa.

Experimentalmente, se ha demostrado la relación directa entre el colesterol sanguíneo y la arterioesclerosis así como la relación entre el incremento de colesterol en la sangre, a consecuencia del consumo excesivo de grasas saturadas y los accidentes cardiovasculares de origen arteriosclerótico, como el infarto del miocardio.

El riesgo coronario aumenta si el consumo de grasas saturadas se combina con tabaquismo, la hipertensión arterial, el alcoholismo, la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la herencia familiar, la capacidad vital disminuida y si hay alteraciones en el electrocardiograma. Así se produce una combinación de consecuencias fatales.

El tabaquismo y la hipertensión se asocian con la arteriosclerosis porque causan irritaciones inflamatorias en la mucosa endoteleal de las arterias en las que se detienen y se acumulan las grasas para constituir las placas ateromatosas.

El colesterol está presente de manera normal en el organismo; proviene de los alimentos que ingiere el individuo y de la síntesis que realiza el hígado y su presencia es indispensable en numerosas funciones orgánicas. El colesterol no es soluble en la sangre, por esto, para circular en el organismo, se asocia con lipoproteínas diferentes, a

través de las cuales llega a las células de los órganos, pero puede detenerse en las paredes de los vasos sanguíneos cuando su aporte es excesivo y con el depósito de sales de calcio forma una placa que endurece la pared de la arteria.

Además del colesterol, las células de nuestro organismo tienen necesidad de otros lípidos: los triglicéridos y los fosfolípidos transportados también por la sangre. Su aumento en el torrente sanguíneo puede ser debido a un consumo excesivo de grasa a perturbaciones metabólicas de los lípidos o de los glucósidos o al consumo excesivo de alcohol.

Los azúcares refinados deberían ser reemplazados por azúcar de caña no refinado para evitar el aumento del colesterol sanguíneo que produce la azúcar refinada, la cual estimula la síntesis hepática del colesterol contenido en los alimentos consumidos. Particularmente en el caso de los ancianos, hay que cuidar el consumo de vitaminas, cobre, cromo, calcio, selenio y magnesio, etc. no sólo porque su ausencia en los alimentos produce enfermedades carenciales, sino también, porque combaten la tendencia al exceso de colesterol sanguíneo.

La cantidad de los nutrientes debe ser balanceada para mejorar la calidad de la dieta; esta debe poseer el contenido necesario de proteínas, glúcidos, grasas, vitaminas, sales minerales, fibras y agua, evitando, por constituir riesgos graves, los alcoholes, aperitivos, postres preparados con productos lácteos, huevo, etc. y, sobretodo, los cigarrillos.

La baja nutrición calórica, sin llegar a la disminución drástica, es esencial en la dieta de la longevidad máxima y no debe considerarse la dieta sólo para adelgazar, sino un método de alimentación destinado a llenar las necesidades reales del organismo y a eliminar los riesgos indeseables de exceso en el consumo de los alimentos con el objeto de prolongar la vida.

Es preciso distinguir entre el ejercicio físico con una actividad natural de tipo fisiológico, como componente de una visión integral de la vida y del mundo y el ejercicio físico competitivo y profesional. El primero es favorable a la salud física y mental cuando se realiza con la precaución que conducen a la prevención de riesgos ejercitando normalmente los músculos y el corazón. En estas condiciones es más probable que se pueda prolongar el tiempo de vida evitando la muerte prematura.

Lo que importa es que el ejercicio llegue a constituir parte de un modo de vida fundado en la actividad preventiva “anti-riesgos” y que sirva para el logro de la salud física y mental, contrario a una vida sedentario y realizado durante toda la vida, incluso en la ancianidad.

Estas actividades además contribuyen a evitar diversas acciones y a reforzar el equilibrio físico-psicológico; el ejercicio es la única forma de luchar contra las consecuencias del sedentarismo físico y mental, que tradicionalmente caracteriza al adulto después de los 40 años, y que en el jubilado es un factor de mayor deterioro y que le acorta la vida al hombre y le impide un disfrute pleno en la etapa del adulto mayor.

Mantener, mediante el ejercicio una actividad permanente, es ayudar a envejecer en buena condición física y mental, el ejercicio no impide el envejecimiento orgánico pero ayuda a envejecer en mejores condiciones y permite la autonomía y la independencia del anciano, pues de otra manera el senecto se va aislando, terminando por sentirse más viejo. La sensación de capacidad y de bienestar que produce el ejercicio contribuye a reducir las tensiones nerviosas y las preocupaciones fatigantes de la vida social moderna. Además, se mejora el metabolismo de los glúcidos, aumenta la actividad cardiovascular, se activan los reflejos y se ejercita la función cerebral.

La persona que ha continuado toda su vida con los adecuados ejercicios físicos y mentales llega a la vejez más apta para el esfuerzo, con mayor capacidad auditiva y visual y una mejor condición mental, con mayor rapidez para realizar actividades psicomotrices y menor tendencia a la depresión y a la ansiedad.

Estos factores parecen retardar o hacer menos intenso el envejecimiento vascular y psíquico. La experiencia demuestra que el ejercicio físico tiene una acción protectora contra ciertas enfermedades como la obesidad y la arteriosclerosis, el ejercicio físico aislado o practicado en forma intensiva no hace descender el peso corporal, al contrario, lo puede aumentar por el desarrollo mayor de la musculatura. El peso desciende si el ejercicio va acompañado de una dieta hipocalórica. Además, la ingesta de ejercicio físico y de la actividad mental produce el reforzamiento de la personalidad, de la capacidad de esfuerzo, el aumento de la confianza en sí mismo y la sensación de seguridad y de bienestar. Se afirma que el organismo produce endorfinas que inducen la sensación de bienestar y, así, son capaces de neutralizar la adicción a las drogas al hacer desaparecer el malestar de su abstinencia y, así mismo, sedar los dolores y malestares inespecíficos del funcionamiento orgánico.

Por el contrario, el ejercicio competitivo puede producir una declinación precoz de las capacidades físicas y las de recuperación, además de la hipertrófica cardíaca concomitante. Es esto lo que se observa en los boxeadores y en los atletas profesionales, etc. Después de un decenio de competencia constante, están prácticamente senectos.

Sin duda, en el futuro se agregarán innumerables riesgos de actividades de todo tipo (del trabajo, en la casa, de tránsito, etc.), que bien pueden constituir en la primera causa de muerte en los primeros años del Siglo XXI en los países más desarrollados. Los riesgos de enfermedad y de muerte que constituyen el factor más importante que impide al hombre vivir su longevidad máxima y las modalidades que presenten tendrán una clara relación los estilos y hábitos de vida: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc. situación matrimonial y familiar, trabajo y reposo, jubilación, nivel de vida e ingresos, vivienda, etc.

El bienestar no es asunto simple, es tanto objetivo como subjetivo, y además es individual y colectivo simultáneamente. La mayoría de los elementos que conforma lo que se denomina “calidad de vida” que es lo que condiciona la sensación de un cierto nivel de “bienestar”, son elementos concretos y objetivos del ambiente.

El tema envejecimiento resume todos los problemas de la vida del hombre moderno, aquellos que se refieren a su naturaleza compleja (biológica, cultura, psíquica y social) y aquellos que se refieren a la complejidad y a los riesgos que suponen las sociedades, sobretodo cuando se han organizado con motivaciones contradictorias.

La vida de un ser inteligente es luchar constantemente por sobrevivir, por vivir sano para vivir más, y así mismo, alcanzar esa sensación de bienestar y felicidad que produce la buena vida. Un aspecto quizá de los más significativos es sin duda no solo vivir más tiempo sino vivir mejor, una vida sin calidad asentable no es apetecible para nadie aunque sea muy prolongada.

2.3 Aspectos sociomédicos del envejecimiento.

El envejecimiento es un componente característico de la dinámica de la población y un sello de los tiempos modernos. Al mismo tiempo que las sociedades de fin de siglo y principios de siglo presentan importantes descensos de la mortalidad infantil y de la fecundidad, tienen que enfrentar un considerable crecimiento de la población de adultos mayores.

En términos generales se considera que el envejecimiento de la población se debe al aumento absoluto y relativo de adultos mayores, sin embargo, aunque parezca sencillo definir al adulto mayor, existen diferentes opiniones al respecto.

Desde el punto de vista demográfico, adulto mayor es aquella persona que ha entrado en el sexto decenio de la vida. La Asamblea Mundial del Envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, adaptó la definición de anciano respecto de la población de sesenta años y más. Desde el punto de vista económico, una persona mayor es aquel individuo que se encuentra jubilado y, por lo tanto, deja de ser considerado como un sujeto productivo, esto, por lo regular, sucede después de los 65 años en los hombres y de los 60 en las mujeres.

Desde una perspectiva familiar, se identifica a los adultos mayores con la salida del último hijo del hogar o con la llegada de los nietos; de hecho, este grupo de especialistas ha considerado como un sinónimo el ser adulto mayor o el pertenecer a la tercera edad pues es la base de la tercera generación en una familia.

El término tercera edad, surgió a mediados del Siglo XX en Francia para la caracterizar a la persona de edad avanzada, jubiladas o pensionadas con baja productividad y bajo consumo. Para muchos estudiosos del tema, la definición de adulto mayor o de persona mayor va más allá de fijar un límite de edad o de establecer su condición de pensionado o jubilado. Lo anterior se basa en que actualmente no resulta extraño observar personas de más de 60 años en condiciones muy aceptables de salud y con mucha vitalidad para desempeñarse en las actividades cotidianas. No son dependientes de los demás y sus facultades mentales y físicas se encuentran sin ningún deterioro aparentemente. De hecho, en los últimos decenios del Siglo XX, la probabilidad de morir después de los 60 años de edad ha ido disminuyendo y cada vez es más frecuente encontrar personas que viven más de 90 años. Lo anterior ha permitido incluir el concepto “cuarta edad” para referirse a las personas que viven más de 80 años, lo cual facilita que el ámbito familiar convivan cuatro generaciones simultáneamente.

La dificultad mayor resulta al tratar de establecer una definición precisa e incluyente de un programa social de atención al adulto mayor, sobretodo, porque se trata de un grupo heterogéneo, integrado por individuos de diferentes generaciones

(tercera y cuarta edad) que han tenido importantes diferencias en su pasado laboral, social y cultural y a los cuales no se les puede otorgar las mismas soluciones asistenciales bajo la idea de una falsa uniformidad de vida a la edad.

En el nivel individual, el envejecimiento es un proceso natural que se acompaña de cambios fisiológicos de diversa índole que poco a poco van derivando en fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades.

Este proceso se asocia con la edad y con el género, pues a medida de que los años avanzan, se van modificando la proporción de personas mayores con cambios fisiológicos con respecto a la proporción de enfermos, y en las mujeres la aparición de la enfermedad tiende a postergarse más que en los hombres. Por ejemplo, entre los 60 y los 69 años, el 66% de personas presentan cambios fisiológicos algunos de ellos imperceptibles y entre el 4 y 10% está enfermo; en cambio, al llegar a los 80 años, la primera proporción de desciende al 20% y la segunda crece al 30 ó 40%.

En ambos grupos de edades se mantienen un alto número de personas mayores que se encuentran con cierto estado de fragilidad física o mental debido en gran medida, a la disminución de su capacidad de adaptación y a que su homeostasis se va haciendo cada vez más lenta. Este impacto en el funcionamiento de los individuos en edad avanzada nos obliga a distinguir aquellos trastornos que son originados por cambios fisiológicos de los que son verdaderas manifestaciones patológicas, pues en cada caso la respuesta médica y social es diferente. Los primeros requieren de acciones de asistencia social y familiar, pues el deterioro de sus funciones los lleva a realizar sus actividades físicas con más lentitud y paulatinamente empiezan a limitar sus intereses aunque no necesariamente están enfermos; en cambio, las personas mayores enfermas requieren de acciones médico-asistenciales especializadas para enfrentar múltiples enfermedades, complicaciones severas o internamientos frecuentes en el hospital. Además del componente biológico del envejecimiento, se reconoce que también existe un componente social del mismo proceso. Este último depende del papel que la sociedad les impone a las personas que envejecen el cual resulta de actitudes y creencias enraizadas en la comunidad. Expresiones de este componente son la formación de consejos de ancianos para apoyar la toma de decisiones importantes en la comunidad, el retiro del mercado de trabajo de los individuos a determinada edad, la creación de asilos o de casas de reposo, etc. A esta doble dimensión del proceso de envejecimiento corresponden importantes cambios en la calidad de vida de las personas mayores. Mientras que en ocasiones resultan limitadas las acciones contra el envejecimiento biológico, las posibilidades de actuar para mejorar las consecuencias negativas del envejecimiento social son considerables (Organización Panamericana de la Salud 1994).

A nivel de la población, el envejecimiento es un proceso que no se percibe sino hasta el presente siglo; en los países desarrollados en la primera mitad del Siglo XX y en los países en desarrollo hasta años recientes. De hecho, “en Inglaterra entre 1901 y 1944 las cifras de ancianos se multiplicaron por 2.5, pasando de 2.5 a 6 millones; alza que será similar a la observada en los Estados Unidos entre 1940 y 1980” (Warren, 1946); en cambio, en países de América Latina, el envejecimiento será en los próximos decenios “de 23.3 millones calculados para 1980 (lo que representa 6.5% del total) ascenderá a 42.5 millones en el año 2002 (7.9% de total) y a 96.9 millones en el 2025 (12.8%)” (Organización Panamericana de Salud, 1994).

Sin embargo, es difícil comparar estos procesos en Europa y en el resto del Mundo. Como se mencionó, el envejecimiento de la población de los países menos desarrollados, y en América Latina en particular, sucedió 2 ó 3 generaciones después que en Europa y en un contexto social completamente distinto; por ejemplo, la amplia difusión del conocimiento médico y la disminución de la fecundidad favorecen que en los países en desarrollo el envejecimiento ocurra mucho más rápido que en los países industrializados, “en Bélgica o en Francia tomó más de 120 años para que la población mayor de 60 años se duplicara de 9 a 18% del total de la población, y en China, la misma transición tomará sólo 34 años, o en Venezuela 22 años” (Banco Mundial, 1994).

A nivel mundial, las personas de 60 años o más han pasado de 200 millones en 1950 a 487 millones en 1990, y se espera que para el año 2020 superen los mil millones. La mayor parte de los adultos mayores viven en países en desarrollo. De concentrar un poco más de la mitad de los adultos mayores en 1950, para el año 2020 se estima que llegará a representar dos terceras partes del total de adultos mayores que habitan en el mundo. En gran medida, esto se explica porque la tasa de crecimiento de este sector de población desde 1950 ha estado por arriba del 3% anual en los países en desarrollo. Otro comentario es que para el año 2020, uno de cuatro habitantes en los países desarrollados tendrá más de 60 años, a diferencia del 6% que presentará en África, o del 11% en América Latina.

En México los adultos mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. De representar el decenio de los cuarenta alrededor del 5.5% de la población, para 1996 aumenta a 6.4%, y se estima que para el año 2020 cubrirá el 11.6% de la población nacional (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1979, Consejo Nacional de Población; Centro Latinoamericano de Demografía, 1995). El incremento es mucho más contundente en números absolutos. El total de adultos mayores de 60 años que actualmente habitan en México es alrededor de 6 millones, lo cual equivale al total de la población del Estado de Jalisco. De la misma manera, se estima que para el año 2020 la población de mayores de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, 75% de la población que habitaba en todo el país en 1940 o casi el doble de la población que vive en el Distrito Federal en la actualidad. También existe cierto predominio de mujeres en la población mayor de 60 años, en 1950 representaban el 52% del total y para el año 2020, se estima que aumentará a 55%. En gran medida, este incremento de la población mayor se asocia con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. El aumento de la esperanza de vida al nacer se relaciona directamente con el mundo de la población mayor. En 1950, la esperanza de vida al nacer en México era de 46.9 años, y ésta aumento a 70.6 años hasta 1990, estimando que llegará a 76.5 en el año 2020.

De la misma manera en que aumenta el tamaño de la población, la composición de los grupos de edad dentro de los adultos mayores se modifica con el paso del tiempo. En 1950, prácticamente dos terceras partes de los adultos mayores se ubicaban entre los 60 y los 69 años y el resto después de los 70 años de edad; 40 años después, esta composición se modificó y aumento el número absoluto y relativo de las personas mayores de 70 años. El cambio en la composición etérea de los adultos mayores obliga a anticipar acciones de asistencia social y de atención médica que permita atender satisfactoriamente la demanda creciente de este grupo de edad.

La distribución de los adultos mayores en los Estados de nuestro país no es homogénea. De los 6 millones de mexicanos de más de 60 años (3.3% del total), la mayor parte de ellos viven en el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Veracruz y Puebla; sin embargo, la proporción de personas mayores con el resto al total de habitantes en cada Estado varía de 8.4% en el Distrito Federal a 3.3% en Quintana Roo, o 4.6% en Chiapas. Es curioso que los lugares con más proporción de adultos mayores, además del Distrito Federal, sean los Estados de Zacatecas, Oaxaca y Michoacán (más de 7% de adultos mayores con respecto al total), en los que la expulsión de mano obra (adultos jóvenes) es elevada. Lo anterior nos muestra que el adulto mayor en estos Estados tienen otra desventaja además de la edad, el número de personas en edad de trabajar (de 20 a 59 años) que convive con ellos es menor que el del resto del país.

De hecho, la calidad de vida en la vejez es muy diferente si ésta transcurre en estados marginados, expulsores de mano de obra (6 ó 7 adultos de 20 a 59 años por cada adulto mayor), Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Michoacán o Zacatecas que en Estados con menor grado de marginación y con el elevado nivel de inmigración de personas jóvenes, como el Distrito Federal, Baja California Norte y Sur, Estado de México (más de 9 adultos de 20 a 59 años por cada adulto mayor).

Envejecimiento de la población y servicios de salud. A medida que va avanzando la edad, las personas tienden a mostrar el debilitamiento de las funciones de aparatos y sistemas que componen el cuerpo humano, que se expresan en fragilidad o enfermedad.

Uno de los efectos más interesantes que ha traído el intento de definir estos estados de fragilidad o enfermedad en las personas en edad avanzada es el incursionar con la evaluación del estado funcional de los individuos como un indicador de la represión de la enfermedad en el estilo de vida y en el nivel de dependencia (Organización Mundial de la Salud, 1980). Las escalas que se usan comprenden la evaluación de la función básica o de la capacidad de los individuos para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana. Estas escalas (existen más de 50 reportadas en la literatura) han sido usadas para múltiples finalidades, pues permiten estimar la calidad de vida, la necesidad de atención médica, la adecuación de políticas asistenciales, los criterios de admisión a casas de retiro, etc.

El confrontar el aumento de la duración de la vida con el mejoramiento de su calidad en los adultos mayores ha venido a cuestionar la práctica médica asistencial que predomina en nuestro medio. El aumento de la esperanza de vida lo garantiza menos enfermedades en los adultos mayores.

La práctica médica dominante ha conducido a postergar la edad de muerte, fundamentalmente con el descenso de aquellas enfermedades transmisibles que ocasionaban muertes en la infancia o por el desarrollo tecnológico de la medicina curativa. Por ejemplo, la mortalidad hospitalaria por infarto al miocardio ha bajado en los últimos años debido al desarrollo tecnológico y su aplicación en el momento adecuado; sin embargo, estos avances no han logrado afectar el número de enfermos adultos mayores o postergar la aparición de ciertas enfermedades propias de la edad.

De hecho, las principales causas de muerte de los adultos mayores en México están más asociados con problemas de salud de larga duración que con enfermedades

transmisibles. Las principales causas de muerte de los adultos mayores derivan de largos periodos de exposición, como la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro-vasculares o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las que sumadas a las otras causas no transmisibles representan más del 85% del total de las funciones.

Además, el incremento en la población de adultos mayores acarrea importantes consecuencias en materia de utilización de servicios de salud, como se trata de una población más vulnerable a presentar enfermedades, se puede transformar en alta consumidora de servicios de salud. En México, los adultos mayores de 60 años demandaron en 1995 en el Instituto Mexicano del Seguro Social una de cada seis consultas otorgadas en medicina familiar y una de cada cinco en el segundo nivel atención (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995). En el nivel hospitalario se ha descrito que 30% de las camas ocupadas en el Instituto Nacional de Nutrición corresponden a mayores de 65 años, en otras instituciones de cobertura nacional, el porcentaje de camas ocupadas anualmente varía; en 1994 los mayores de 65 años ocuparon el 28% de las camas en los hospitales de PEMEX, el 15% en los del ISSSTE, 10% en el IMSS y 5% en los hospitales de población abierta. Si se descontarán del total de egresos hospitalarios a aquellos relacionados con causas obstétricas, que en algunas instituciones mencionadas representan la mitad de las camas ocupadas, el porcentaje nacional de utilización de camas por mayores de 65 años ascendería a 15%. Cabe mencionar que esta situación empieza a acercarse a lo que sucede en otros países. En Estados Unidos, 30% de las camas las ocupan anualmente los ancianos, y a ellos se les atribuye el 25% del consumo de medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Hasta aquí se ha mostrado un panorama muy general de algunos de los aspectos sociomédicos más relevantes asociados a las poblaciones de mayor edad. Sin embargo, el tema tiene muchas facetas y sólo algunas de ellas han sido tratadas. La dificultad para definir al adulto mayor, el cambio demográfico y completamente previsible, los cambios en los perfiles de morbilidad y la posibilidad de medir la discapacidad asociada a los últimos años de vida, son algunas de las más importantes.

Al respecto, conviene mencionar que por lo general, la evaluación de las necesidades de salud de la población es realizada a partir de indicadores de mortalidad y en menor grado empleando indicadores de morbilidad. La relativa facilidad para obtener información relacionada con defunciones, y en sentido opuesto, las dificultades que se enfrentan para medir la incidencia o prevalencia de las enfermedades han significado un gran obstáculo en el desarrollo de indicadores compuestos. Aunque esta situación viene cambiando paulatinamente para la población general, en particular para los adultos mayores cobra una enorme importancia, pues al añadir la medición de la discapacidad, se reconoce que las consecuencias funcionales tienen mayores implicaciones en la evaluación del estado de salud que la sola presencia de la enfermedad registrada a través del número de defunciones. Además, la medición de la discapacidad refleja indirectamente la gravedad de las enfermedades y ofrece una visión dinámica del impacto de las enfermedades crónicas que son las más comunes en esta población. Por la conveniencia de analizar tanto las defunciones como la discapacidad de manera simultánea, se recomienda emplear indicadores compuestos que permiten agregar los efectos ocasionados por las muertes prematuras a los resultados no mortales de las enfermedades. En este sentido la inclusión de los AVISA, además de facilitar el

uso de la discapacidad y meterla en el debate de salud pública, también busca hacer más equitativa la evaluación de las necesidades de salud en los diferentes sectores de la población. Este interés por la equidad responde a que, generalmente, la información en salud suministrada a quienes toma decisiones proviene e estimaciones de las personas implicadas con las enfermedades (encargados de programas), transfiriendo con ello, de forma no intencionada, preocupaciones específicas que pueden llegar a sobre estimar la magnitud de los problema. El hecho de evaluar simultáneamente la totalidad de las enfermedades es un paso esencial para conseguir estimaciones más plausibles y útiles en el momento de establecer prioridades y partir de la magnitud de los problemas.

En diferentes estudios se ha mostrado que el promedio de vida en México, y en particular en los adultos mayores en México, ha aumentado a finales del Siglo XX, pero el límite de vida no aumenta. El mejoramiento de la tecnología y los cambios en los estilos de vida afectan la edad de aparición de las enfermedades crónicas y con ello la modificación del peso de la enfermedad.

Fies, señala la hipótesis de la comprensión de la morbilidad la cual señala que en la medida en que disminuye la mortalidad en las poblaciones ancianas, disminuye la capacidad. Alrededor de esta hipótesis se ha generado una polémica en la cual se muestran evidencias a favor y en contra. Lo más interesante es que mediante los resultados del peso de la enfermedad se abre una nueva oportunidad para examinar la relación entre la esperanza de vida y la presencia de discapacidad. A nivel internacional, se mostró que las poblaciones con mayor mortalidad tenían una mayor prevalencia de discapacidad. Mientras que en los países al sur del Sahara los hombres pasaran 53% del remanente de vida con problemas de discapacidad, en los países desarrollados será el 22%. Estos resultados se limitan a un corte transversal y debieran ser confirmados en estudios de tendencia. En México se mostró que en los lugares con una esperanza de vida más baja al nacer, existe menor carga de la enfermedad en los adultos mayores. Pero para profundizar también hacen falta análisis de tendencia.

Debido a las limitaciones de la información existente, no es posible probar esta relación que se modificaría en un análisis de tendencia pues la variación de la tecnología y de la cobertura de los servicios de salud tendría un efecto.

En 1994 cada una de las personas mayores de 60 años perdió en promedio 48 días por discapacidad, en estudios realizados en Estados Unidos, se observó un promedio de 21 años. De esta cantidad la mayoría fue: por enfermedades del corazón 14%, el 12% por probables artritis y osteoporosis, 11% por caídas, el 10% por demencia, y el 8% por enfermedad cerebro vascular. En cuanto al número de días perdidos no existe diferencia entre hombre y mujeres.

Para proceder a la implementación de una política pública que busque mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores en México es necesario tener en mente que:

- a) Se trata de un sector de la población que va aumentando en términos absolutos y relativos. No se comporta de manera homogénea a lo largo del país. Paradójicamente en los lugares de mayor pobreza y emigración de jóvenes, existe un mayor número de adultos mayores que demandan atención a sus problemas. En contra de lo que se piensa, la población

pobre, independientemente de la edad, no está delimitada por la falta de acceso a los servicios de salud a los que se puedan extender servicios o subsidios de manera clara. Los pobres, que representan un sector de la población heterogéneo y dinámico por su propia naturaleza desafían la capacidad para hacer fácilmente identificados.

- b) Las enfermedades que generalmente presentan los adultos mayores no los identifican de manera absoluta dentro del resto de la sociedad si bien en ellos es menos elevada la frecuencia de enfermedades infecciosas o de desnutrición en la actualidad sus principales necesidades de salud se asocian con enfermedades no transmisibles, para las cuales los costos de atención son más elevados.
- c) Es necesario identificar y remover las barreras económicas que impiden que la población que más necesita el apoyo de los servicios de salud los pueda utilizar cabalmente.

Por último es importante mencionar que no todo es enfermedad para los adultos mayores. Cada vez más sujetos llegan a los 60 años o se jubilan en muy buen estado de salud y así desean mantenerse. Esta exigencia corresponde a un nuevo reto para la medición actual y para la sociedad en su conjunto que deban aportar un buen apoyo a esta nueva categoría de personas para permanecer sanos. Ejercer activamente debe constituirse en el objetivo central de un programa de envejecimiento exitoso.

2.4 Derechos de los adultos mayores.

Es verdad que la historia que nos antecede, siempre esta presente en nuestro momento histórico impulsándonos hacia una conciencia más clara de la dignidad del ser humano y de sus derechos y a eso se debe que el campo de la legislación exista un notable avance en ese sentido “como si empezara a convertirse en realidad el imperativo kantiano que ordena el respeto a la persona, ya que los derechos humanos se han convertido en fundamento o regla moral del derecho y en principios de justicia”, así existe una regla clara: si se actúa o no conforme a los derechos humanos, se esta viviendo o no conforme a la moral y la persona se a transformado en sujeto de derechos.

Martínez Bullé Goyri sostiene que los derechos humanos son considerados por el derecho internacional como imperativos que no admiten acuerdos en contra.

Por otra parte, existe hoy un conocimiento mayor “de parte de la sociedad civil” de sus derechos humanos y, por lo mismo, con más facilidad pueden recurrir a ellos para defenderse de agresiones e injusticias.

A pesar de estos avances de la conciencia humana en su largo peregrinar a través de la historia que han quedado “escritos” en las constituciones de muchos países, nos encontramos con una profunda contradicción en la realidad, por la deshumanización de nuestra sociedad, deshumanización que incluye en si misma la destrucción de la naturaleza.

¿Existe realmente la conciencia de la dignidad humana o todo se queda en “leyes escritas” y en discursos?

En contraste entre las leyes que se refieren a los derechos humanos y la realidad, es muy fuerte. Son demasiados atropellos a la dignidad de la persona y a sus derechos que acaecen en nuestro siglo.

Los crímenes que significan tantas guerras, la exclusión de la mayor parte de la humanidad de toda posibilidad de una vida digna, al ser condenada a la miseria para beneficio de unos cuantos que se han adueñado de la riqueza del mundo; la discriminación de la mujer y del indígena son, entre otras muchas, prueba de que aún no se tiene conciencia verdadera de la dignidad del ser humano y del respeto que merece.

Nos preguntamos por qué, si uno de los valores más admirables del ser humano es su capacidad creadora que ahora nos sorprenda dentro del campo de la ciencia y la tecnología no existe esa misma creatividad y esa misma voluntad para solucionar el problema de la aniquilación de la persona por la indignidad de la miseria.

En tanto que la ciencia y la tecnología avanzan de manera prodigiosa la parte humana, el respeto a la persona y a sus derechos, el problema de la justicia social, aparecen sin solución, sin esperanza.

Creemos que si los humanos han tenido esa capacidad para lograr el progreso científico y la innovación tecnológica que presenciamos y que, según se supone, fue creado para ponerlo al servicio de toda la humanidad, también deben tenerla para solucionar los problemas que impiden que ese beneficio llegue a todos y, con ello, obtener el más profundo y valioso avance que el ser humano podría alcanzar: el del respeto primordial hacia la raza a la que todos pertenecemos.

Unir avance tecnológico y justicia social debe ser la meta hacia donde se dirija la humanidad. Estos dos aspectos de lo humano deben ir unidos para tener verdadero sentido.

No crear nueva tecnología para una minoría que signifique la cúspide de los humanos, que unos pocos privilegiados la disfruten, sino “ese sería el mayor descubrimiento” la forma de levantar a los que han sido anulados en su condición de humanos, para que todos, por igual, puedan gozar sus beneficios, como miembros de la misma especie humana.

Junto al brillo del avance científico y tecnológico, se impone el mayor reto; solucionar de una manera profunda y definitiva el problema del respeto y la valoración de todo ser humano, de cualquier etnia, clase social, edad o género.

Pero ¿qué son los derechos humanos? ¿Por qué deben existir y respetarse?

Los derechos humanos se desprenden como una necesidad de la dignidad de la persona, dignidad que se encuentra en su naturaleza, como ya quedo asentado.

Ahora bien, esta dignidad humana exige como “un deber ser”, las condiciones necesarias para que le sea posible a la persona llegar a la plenitud de sí misma, a su

realización como humana, que es donde se manifiesta su dignidad: de ahí se desprenden los derechos humanos.

Al reflexionar sobre lo cotidiano nos parece vivir en el mundo de la fantasía: volar sobre las nubes, comunicarnos instantáneamente con Europa, mirar en el momento la imagen de lo que sucede en China o correr a cien kilómetros por hora en la carretera. Y más aún nos causa asombro lo que vislumbramos hacia el futuro.

La innovación tecnológica de la electrónica nos muestra cada día avances prodigiosos: redes que constituyen el sistema nervioso de nuestra sociedad y que están revolucionando la estructura económico-social de nuestro mundo.

La tecnología del trabajo físico está siendo sustituida por la inteligencia de la información electrónica, la fuerza bruta por la habilidad en el manejo de la información.

Desde siempre se ha aspirado a lo que hoy parece alcanzable: sustituir el trabajo enajenante, embrutecedor, por un trabajo eminentemente creador, en el que el ser humano utilice y desarrolle sus facultades: su inteligencia, su voluntad, su sensibilidad, su imaginación, para producir la riqueza, para satisfacer las necesidades de los consumidores, para construir el bienestar de la raza humana. Y ahora despunta como posible la realización de estos sueños el que una utopía se convierta en realidad.

Este era uno de los logros que Carlos Marx buscaba como resultado de la implantación de su doctrina: la humanización del trabajo.

En tanto que Marcuse criticaba “la represión excedente”. En un momento de progreso extraordinario en la producción de bienes de consumo, el obrero seguía siendo reprimido cruelmente sin necesidad se podía producir mucho en corto tiempo sin reprimir tanto a los trabajadores.

Ahora bien en la tecnología que apunta al futuro, las necesidades concretas de cada cliente serán atendidas y satisfechas por los productores gracias a la información a través de las redes “extra-inteligentes” cuyo papel es informar.

Desaparecerá poco a poco el modo de producir en serie las grandes fábricas, los grandes almacenes. En su lugar, los bienes de consumo se realizan en pequeñas fábricas familiares.

Troffler hace una interesante comparación entre la producción de las “industrias de las chimeneas” que Marx analiza en “El Capital”, y lo que en adelante sucederá en la intervención determinante del conocimiento, de la información, en dicha producción.

Si en el análisis marxista la causa del poder del capitalista se debe a que se apropiado de los medios de producción ahora, en la industria “super simbólica”, los medios de producción se encuentran en la mentes de los empleados.

Si antes era necesaria una huelga general para que los obreros reclamaran salarios más justos o prestaciones más dignas, ahora un solo empleado puede exigir o vengarse de malos tratos o bajos salarios, y esto de manera abierta o escondida, alterando información o produciendo los nefastos virus.

En síntesis, si para Marx los medios de producción y las relaciones de trabajo eran las estructuras fundamentales que determinan a la sociedad, actualmente se están transformando por completo esas estructuras fundamentales y, por lo tanto, esta surgiendo un nuevo tipo de sociedad.

En la industria de las “chimeneas” los obreros hacían trabajos rudos sin que necesitaran conocimientos especializados, hoy por el contrario, los empleados necesitan mucho conocimiento especializado para poder desempeñar bien su trabajo. Y no solo eso; necesitan iniciativa, creatividad, imaginación para poder realizar su cometido al igual que compartir responsabilidades. De ahí el profundo cambio en las condiciones del trabajo actual.

Por otra parte, en el despuntar de esta nueva manera de producir la riqueza, existirá una estrecha relación entre el productor y el consumidor aquel tendrá que estar informado de las necesidades de éste para no producir más que lo que se requiera y el consumidor a su vez, informara al productor de sus necesidades: habrá una síntesis entre ambos, y se supone, no se producirá sino lo necesario.

La electrónica se manifiesta con una enorme importancia: por medio de ella se proporciona información que es la base del conocimiento y el conocimiento significa poder.

La agilidad y rapidez de los nuevos medios informáticos que comunican al mundo entero que comunican al mundo entero, lleva a la globalización, a la totalización del mercado. ¡Y esto entre mil más innovaciones!

¿Pero todo es positivo en este avance científico y tecnológico?

Como cualquier progreso y cambio revolucionario, esto que estamos viviendo produce problemas de diverso género que tendrán que preverse para encontrarles solución.

Por ejemplo como consecuencia de la automatización, “las maquinas, cada vez más perfeccionadas, pueden hacer lo que antes hacia el ser humano” esto, que de suyo significa un gran progreso por que permitirá a la persona dedicas mas tiempo a actividades liberales, creativas, recreativas y de servicio a los demás, trae consigo un gravísimo problema: el desempleo, que redundará en problemas económicos y psicológicos para la persona:

Japón anuncio que en el año 2000, el cien por ciento de los obreros perdió su empleo. En Estados Unidos el 35% perdieron su puesto, en Canadá el 25%.

La globalización, a su vez, amenaza en cierta forma con terminar con la individualidad de cada pueblo y sus diversas culturas, uniformando al mundo entero con la “monocultura del mercado” de las transnacionales, entre otras consecuencias negativas.

Son problemas que, de una manera urgente se debieron prever.

Por otra parte, el problema más grave es que advertimos diferentes situaciones de anulación de la persona, como veremos al adulto mayor. La mayor parte de la humanidad ha quedado excluida del mercado global y condenada a la imposibilidad de realizarse como humana, a la miseria y a la muerte.

Al mismo tiempo, nuestra habitación, que es la tierra, es cada vez más destruida.

El tiempo condición fundamental de medida de todos los procesos que suceden dentro de los sistemas, en los que se encuentran inmersos no solamente los seres vivos sino todos los elementos constitutivos del universo y en forma ineludible los conduce a la entropía, es también la senda natural en las que transcurre el itinerario de las edades de la vida del hombre, proceso denominado “curso vital”, proceso en el que, en forma global se han identificado 4 periodos que transcurren ordenadamente y que se les ha denominado: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Estas etapas y sus transiciones de una a otra han ido analizadas desde las perspectivas biológicas, sociológicas, psicológicas y etnológicas; de esta manera. La infancia está vinculada obviamente al nacimiento y a la madre.

El nacimiento es el paso de la vida intrauterina al mundo individual y al social; no obstante, cada cultura lo conforma e interpreta de diferente manera.

Como ejemplo, en la generalidad de países del Mundo Occidental, el recién nacido no es persona sino hasta transcurridas las primeras 24 hrs. y sólo entonces puede inscribirse en el Registro Civil. Entre los suazi de Sudáfrica, el bebé es una “cosa” durante los 3 meses de vida, pues, dado el alto índice de mortalidad infantil, no se sabe si sobrevivirá; si supera los 3 meses, se le pone nombre, realizando un rito en acogida en comunidad.

En otras culturas, la recién parida y el recién nacido viven al margen de la vida social durante el puerperio, para luego reintegrarse a la sociedad mediante ritos de purificación. Se cuenta que en la Grecia Clásica, los hijos aristócratas permanecían en el Gineceo con mujeres, hasta los 7 años de edad a la que eran presentados a su padre.

En nuestros grupos indígenas y, sobretudo, en algunas comunidades de etnia tzotzil, los niños carecen de nombre, e identificándolos únicamente con el sustantivo *querem*, cuyo significado es “niño”, hasta que cumplan los 7 años de edad.

En numerosas culturas no es sino hasta los 5 a 7 años de edad cuando se consideran que los niños adquieren el uso de la razón.

La adolescencia se extiende desde los 12 años hasta la inserción como miembro de pleno derecho en la sociedad y, constituye otra fase, más o menos larga, que suele desembocar en el casamiento y desempeño de una actividad adulta como lo es el trabajo.

En el tercer punto, la adultez supone tomar posesión de la plena madurez personal y social. Generalmente se inicia al contraer matrimonio o al tener el primer hijo con la formación de la familia propia, la inserción de un trabajo, la asunción de un

estado, la participación en la vida socio-política y la adopción de una mentalidad responsable y autónoma con respecto a la familia de origen.

Por último, la vejez o ancianidad representa la cuarta edad (más que la tercera). Por muchas personas es tomada como la fase final de la vida, aunque cuando nos referimos a esta fase terminal, podemos o no correlacionarla con la edad en años del individuo. No siempre la edad cronológica de una persona se encuentra en relación inversamente proporcional a sus capacidades, de tal forma que es muy difícil establecer cuántos son los años en que se inicia la vejez y cuál es el contenido de esta etapa vital del ser humano.

La vejez muchas veces la asociamos a la idea del retiro o la jubilación, pero estos conceptos son propios de las sociedades Occidentales actuales, que en un concepto industrial, miden la permanencia del sujeto útil en su capacidad productiva y no así en sus habilidades y experiencias.

De esto resulta que la edad de inicio de la senectud obedece a una situación meramente convencional y arbitraria, que abre las puertas de la marginación a los grupos de adultos mayores de los 65 años.

No obstante podemos afirmar que en un gran número de casos la edad hábil de la familia, el trabajo y la política se prolonga hasta la muerte o sus vísperas, siendo los viejos seniles e inhabilitados un grupo escaso y marginal.

Al contrario de lo que sucede en las ciudades urbanas, en las comunidades indígenas, los viejos suelen gozar de privilegios, los ancianos conforman consejos y se les consideran necesarios para la conservación de la cohesión del grupo.

Resulta paradójico, que en la actualidad dentro de las sociedades del mundo industrializado, exista la preocupación por la prolongación de la vida del hombre, haciendo que los estudios actuales prevean expectativas de vida hasta de 120 años, siendo precisamente en estas sociedades modernas en las que prevalece el consumismo y la competencia por el dinero y el poder a través de una avalancha productiva, las que han mantenido la segregación de las personas mayores, situación que en poco tiempo creará un verdadero problema ya que debido al aumento de las expectativas de vida, las personas de más de 65 años de edad, a partir del año 2001 ocuparán el 20% aproximado de la población mundial y teniendo en cuenta que las mismas reglas sociales modernas se han ocupado de desvincularlas del protagonismo familiar y laboral, conduciéndolas a una situación marginal, no solamente en el aspecto económico, sino también en el aspecto humano crearán una subcultura de los ancianos, que en términos generales provocarán un fenómeno parecido al que se conoce como “los niños de la calle”.

Esto ha generado un verdadero dilema el cual radica en los siguientes cuestionamientos ¿qué ventajas da el proyecto “longevidad” si la misma sociedad se encarga de marginar a los ancianos? ¿Resulta ético prolongar la vida del hombre ante la amenaza de desconocer al anciano como persona humana? ¿Las normas legales dictadas a favor de la protección del adulto mayor contemplan el respeto a su dignidad?

Consideramos que es conveniente recapacitar sobre el estatus de los adultos mayores para reintegrarlos a su calidad real de personas humanas; por lo que es

necesario desencadenar un proceso reflexivo destinado a replantear la situación de los viejos como ciudadanos en igualdad de circunstancias a los adultos en edad productiva.

Por lo anterior es importante trazarnos objetivos de proponer algunos de los derechos de los ancianos que vayan más allá de ser solamente satisfactores materiales paliativos de sus incapacidades físicas redimensionándolos en toda su plenitud humana, con fundamento en los principios de equidad, libertad, justicia y autonomía.

El anciano como persona humana tiene una tarea que cumplir en la sociedad; y partiendo del hecho de que el adulto mayor en su sanidad es productivo, los derechos que fortalezcan su integridad psicológica, social y trascendente, lo reintegrarán a su rol social, situación que hará que mejore su calidad de vida, a través de la convergencia de la ciencia, la ética y el derecho.

En las culturas Occidentales industrializadas desarrolladas o en vías de desarrollo se ha iniciado un proceso de despersonalización del anciano, la constante información que privilegia la belleza y la juventud invade todos los medios de comunicación masiva, mientras que a los ancianos se les destina a infra-espacios sociales, en los que solamente tiene acceso a una relación social-afectiva con las personas que han caído dentro de su misma categoría.

El arribo a la vejez caracterizado por una serie de cambios morfológicos y actitudes ante la vida, se agrega por el desplazamiento que la misma sociedad hace al senescente de pasar de un papel social a otro, favorece que se precipite en ellos una crisis muy similar a lo que sucede con el adolescente.

La transición de descenso en el estatus social en el anciano se efectúa en forma vertical, la que sin duda es más traumática para la persona que los mismos achaques y enfermedades que sufre el viejo.

El desprecio y la burla que se hace del anciano al que se le apostrofa con adjetivos peyorativos, paulatinamente van deteriorando su autoestima hasta hacerlo consciente de que solamente es un objeto, un “descolado mueble viejo” que no va con la decoración de las modernas habitaciones.

Esta cosificación insolente del anciano, ha tenido su manifestación más visible en el terrible olvido de considerar sus derechos en el ámbito internacional, como un *adendum* a la Carta de los Derechos Humanos, tal como se ha hecho con los derechos de las mujeres y de los niños.

Es indudable que algunos países ya han iniciado las legislaciones correspondientes para su protección, pero no obstante es conveniente su generalización ya que la senectud no es un problema particular de una Nación, sino implica una visión global ya que es indudable que el envejecimiento es parte de una condición humana, que aunque carente fuerza física es indudablemente rica en potencialidades intelectuales y experienciales.

Además de los derechos que un adulto mayor tiene como ciudadano, también debe tener derechos especiales generados por la condición de la etapa del curso vital que vive y que podemos proponer en los siguientes términos:

1. Un adulto mayor tiene derecho a ser considerado persona humana a pesar de su edad o de las condiciones de salud o enfermedad tanto física como mental que tenga.
2. En su condición de persona humana, el anciano, tiene derecho a ser respetado tanto en su individualidad, como en sus relaciones con la familia y la sociedad.
3. Un adulto mayor no deberá ser física o mentalmente abusado o explotado.
4. La raza, religión, origen nacional, sexo, edad, incapacidades, condición civil, o forma de pago no serán bases para negarle tratamiento, atención o servicio al anciano.
5. El adulto mayor tiene derecho a comunicarse en su propio lenguaje con el objeto de solicitar y obtener tratamiento, atención o servicio.
6. Un anciano puede asociarse, comunicarse y reunirse en privado con otras personas a menos que esto lesione los derechos de otros individuos.
7. El correo de un adulto mayor no debe ser abierto a menos que él lo autorice.
8. El adulto mayor tiene la prerrogativa de que se le asista en el ejercicio de sus derechos.
9. El adulto mayor tiene derecho a expresar sus quejas y recomendar cambios en las políticas o servicios, sin temor a represalias, discriminación o coacción, interferencia.
10. Un adulto mayor podrá administrar sus finanzas personales si pide y autoriza por escrito al proveedor de servicio asistencia en el manejo de sus finanzas, el proveedor depositará los fondos del anciano en su fideicomiso separado y entregará el talón debido al anciano. A menos que reglamentos federales prescriban otros métodos en cuyo caso el reglamento federal prevalecerá. En todo caso, el adulto mayor es libre de elegir quién manejará sus finanzas por él.
11. El adulto mayor tiene derecho al trabajo remunerado y digno, de acuerdo a su preparación, habilidades y conocimientos.
12. Todos los documentos de vida del adulto mayor son confidenciales y no deberán ser divulgados sin su consentimiento por escrito. El adulto mayor podrá poseer, solicitar y examinar sus documentos personales aun cuando éstos se encuentren con un proveedor de un servicio.
13. El adulto mayor tiene derecho al arraigo.
14. El adulto mayor tiene derecho a ejercer su sexualidad.
15. El adulto mayor tiene derecho al reconocimiento social.

16. El adulto mayor tiene derecho a un trato preferencial.
17. El adulto mayor tiene derecho al pleno disfrute de sus bienes, posesiones y dinero.
18. El adulto mayor tiene derecho disponer bajo testamento en los términos y con las condiciones que él juzgue convenientes.
19. El adulto mayor tiene derecho a ser autónomo.
20. El adulto mayor que por sus padecimientos haya perdido la autonomía, tiene derecho a que se le nombre un tutor legal que lo representará, defenderá y gestionará todo lo que el anciano tiene derecho como persona humana.
21. El adulto mayor indigente tiene derecho a recibir protección a través de las instancias que brinden las instituciones de beneficencia pública.
22. El adulto mayor tiene derecho a la alimentación.
23. El adulto mayor tiene derecho a un trabajo digno.
24. El adulto mayor tiene derecho a educación.
25. El adulto mayor tiene derecho a que en los establecimientos públicos: hoteles, restaurantes, terminales de autobuses y aeropuertos, se tomen las medidas pertinentes para consolidar las medidas de seguridad para su grupo etéreo en: escaleras, sanitarios, andadores, etc.
26. El adulto mayor tiene el mismo derecho que todas las personas en cuanto a que es humano.

También existen situaciones en las que el adulto mayor sufre de padecimientos mismos que deben ser atendidos por lo que se puede decir que deben gozar también de prerrogativas especiales por su doble condición de anciano y enfermo, por lo que sugiero adicionar en el caso planteado a los derechos del enfermo, lo siguiente:

1. El adulto mayor podrá participar en el planteamiento de su propio cuidado y tratamiento médico.
2. El adulto mayor tiene derecho de rehusar un tratamiento después de que las consecuencias de dicho tratamiento le han sido detalladamente explicadas.
3. Si existe espacio disponible, el proveedor del servicio hospitalario, a petición del adulto mayor, le facilitará un lugar privado donde pueda recibir visitas. Si el adulto mayor es casado y su cónyuge recibe servicios similares en el mismo lugar, la pareja podrá compartir una habitación.
4. Las visitas al adulto mayor no podrán ser restringidas a menos que el médico lo determine por razones médicas.

5. El adulto mayor podrá conservar su ropa y artículos personales si hay espacio que lo permita. El número de artículos personales puede ser limitado por razones de salud y seguridad del paciente, esto deberá ser documentado en el expediente médico del paciente. El número y tipo de artículos personales también puede ser limitado por razones de salud y seguridad de otros pacientes.
6. El adulto mayor no deberá ser solicitado a efectuar ningún trabajo como pago al proveedor del servicio.
7. El proveedor del servicio deberá informar al adulto mayor por escrito de los servicios disponibles, y el costo de estos, en caso de tener derecho a la atención médica por una institución de salud, si dichos servicios no están cubiertos por la institución oficial en la que el adulto mayor recibe su atención.
8. El proveedor de servicio no deberá transferir o dar de baja a un adulto mayor a menos que:
 - La condición médica del adulto mayor lo requiera.
 - La salud o seguridad del paciente o la salud o seguridad de otras personas haga necesaria dicha transferencia o baja.
9. Si el proveedor de servicio intenta transferir o dar de baja al adulto mayor, - excepto en situaciones de emergencia- el proveedor del servicio deberá notificar al adulto mayor, al pariente responsable del adulto mayor y al médico del adulto mayor 5 días antes de la fecha en la cual el adulto mayor va ser transferido o dado de baja.
10. El adulto mayor tiene derecho a recibir atención médica de calidad y ser beneficiado con todos los adelantos tecnocientíficos al alcance de la institución en que recibe su atención, tanto como razonable y responsablemente lo requiera su padecimiento y sin llegar al encarnizamiento médico.
11. El adulto mayor tiene derecho a una muerte digna.

Para concluir, debemos comprender que el concepto de ancianidad se construye durante toda la vida del hombre y que por ninguna forma daña, merma o quita al adulto mayor su calidad de persona humana ya que el máximo anhelo de todos los hombres es llegar a viejos. De tal manera, es menester, aquí y en el momento, señalar cuáles son los principales derechos de los adultos mayores, abriendo con esto un espacio de reflexión y de análisis dentro de los terrenos de la bioética.

CAPÍTULO 3:

LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL Y SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

3.1 La vejez en la sociedad actual. Números y situación. 3.2 Conceptualización para el estudio del envejecimiento. 3.3 La persona que envejece en el marco de su experiencia concreta.

CAPÍTULO 3: LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL Y SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO.

3.1 La vejez en la sociedad actual. Números y situación.

3.1.1 La vejez una realidad antropológica e histórica innegable.

La vejez como experiencia humana-individual y colectiva es un hecho innegablemente universal que ha tenido lugar en todas las épocas, culturas y civilizaciones. En el ámbito personal desde el “hombre paleolítico”, que apenas sobrevivía tres décadas por la precariedad de sus condiciones físicas y ambientales, hasta el “hombre cibernético” actual, que tiene la fortuna de vivir sesenta o más años, se experimenta un doble proceso: crecimiento y decadencia. En el ámbito colectivo, la ancianidad, resultado de este proceso, es estimada (o desestimada) en las distintas épocas y culturas de acuerdo a factores sociales, preferencias, cosmovisiones, necesidades y contextos propios de cada generación.

Vemos conveniente iniciar esta investigación, escrutando en tres épocas significativas de nuestra historia el fenómeno de la ancianidad, con el fin de confirmar dos postulados: primero, que la estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia o, en otras palabras, que las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas; segundo, que la estimación social del anciano ha ido decreciendo con el paso del tiempo.¹

En efecto, abordar la realidad del anciano a partir de la historia, nos permitirá comprender las actitudes que prevalecen en torno a esta etapa de la vida el qué de ciertos mitos y estereotipos predominantemente negativos, y también, descubrir el trato que se le daba a este conjunto poblacional en algunos grupos particulares.

Lo que a continuación se expone son sólo pinceladas de algunos puntos sobresalientes en cada una de las épocas históricas:

3.1.1.1 En las culturas primitivas: el viejo como sujeto de más autoridad.

De acuerdo a los historiadores, en las épocas primitivas y arcaicas el viejo tenía la máxima autoridad política, social y cultural las personas de edad avanzada eran la memoria de la comunidad, los guardianes de la tradición y de la identidad del pueblo.² Por medio de la experiencia, los ritos, la fiesta y la relación diaria comunicaban a las siguientes generaciones los recursos y valores indispensables para seguir viviendo en armonía. En estas sociedades, la longevidad se vinculaba a la sabiduría y a

¹ Para este apartado retomamos sustancialmente el esquema y contenido que presenta Diego Gracia. Cfr. Historia de la vejez, en Gafo, J. (ed.). *Ética y ancianidad*. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1995. Págs. 15-25.

² Cfr. *Ibidem*. Pág. 17.

la experiencia y si eran sociedades profundamente religiosas, la vejez se asociaba a lo sagrado.³

En el fondo, los mitos y leyendas en torno a algunos personajes encubrían el deseo humano de conseguir la eterna juventud, la obsesión por impedir el proceso de envejecimiento. Tal es el caso de la historia épica del Rey Gilgamesh entre los Babilonios, un hombre que en su lucha contra la muerte y la vejez se revela en contra de la autoridad de los dioses que son inmortales. “Como era extraordinario alcanzar edades avanzadas, los ancianos eran la manifestación del poder del Dios de cada pueblo. Era pues, lógico que se alardease de tener muchos ancianos y se exagerasen sus edades”.⁴

De los servicios informativos de la sagrada escritura. Sólo es preciso señalar que el cristianismo primitivo no fue una religión gerontocrática. En los Evangelios el papel de los ancianos pierde importancia.

“El paradigma cristiano es el de un joven, no el de un anciano. Jesús de Nazaret inicia su vida pública a los 30 años y muere siendo muy joven”.⁵

El cristianismo necesitará a los jóvenes para cambiar el orden de las cosas y tendrá la tentación de asumir con facilidad la perspectiva griega en torno a los ancianos.

Pronto la juventud empieza a ganar terreno y a decaer la valoración positiva de la vejez. Es un paradigma propio de la cultura griega clásica.

3.1.1.2 En la cultura griega clásica el viejo como enfermo.

En la Grecia clásica el anciano deja de desempeñar el papel excepcional que tuvo en las culturas primitivas. Al idealizar la belleza, la fuerza y la juventud, los griegos relegaban a los ancianos. La vejez y la muerte eran los dos más implacables e inevitables males de la vida. El carácter imperdonable de la vejez era visto como un castigo. En las tragedias griegas, la vejez se concebía maldita y patética; ridícula y repulsiva en las comedias, y contradictoria y ambigua en la visión de los filósofos.⁶

³ En las culturas Inca y Azteca los ancianos eran tratados con mucha consideración la atención a ellos era vista como una responsabilidad pública de acuerdo a las leyes establecidas o en base a los atributos que poseyesen tales como: conocimiento, experiencia, destrezas, poder para hacer magia, funciones religiosas y control de la propiedad o de la familia. Eran glorificados en leyendas y fábulas y sus atributos eran idolatrados en recuentos mitológicos (El Dios “Huehuetéotl” era un viejo).

⁴ Cabrillo Francisco-Cachafeiro, M. Luisa. *La revolución gris*. DRAC. Barcelona. 1990. Pág. 45. De esto el pueblo Judío nos ha dejado un testimonio valiosísimo. No sólo de la exageración en las edades que alcanzaban sus ancianos (Desde Adán hasta Noé: entre 800 y 1000 años; desde Sem hasta Abraham: 400 y 500 años; en el periodo de los patriarcas: entre 100 y 200 años) resultado seguramente de la influencia de las leyendas babilónicas en los acontecimientos bíblicos, sino sobre todo del lugar que acopaban los ancianos en el destino del pueblo.

⁵ Gracia, Diego. Op. Cit. Pág. 17.

⁶ Cfr. Sánchez, Carmen. *La intimidad y el secreto médico*. Díaz de Santos. Madrid. 2000. Pág. 26 Platón, como todos los griegos piensa que la plenitud de logos no la tiene más que el joven. Por eso en su República los gobernantes no son los más viejos, sino los más perfectos, que son hombres maduros pero no ancianos. Tiene un texto tremendo en que dice “la enfermedad es una vejez prematura, y la vejez una enfermedad permanente”. Ideas semejantes promovía Aristóteles. Para él la salud física y la capacidad corporal plena son indispensables para la práctica de la sabiduría y ni siquiera la experiencia de los ancianos constituye un elemento positivo, ya que el espíritu está sometido a la vejez exactamente igual

Por otro lado, en el mundo de los romanos, los ancianos tenían un papel esencial, al menos en cuanto a la toma de decisiones se refería. El derecho les concedía una autoridad muy particular en la figura del “pater familias” (el jefe absoluto que ejercía derechos sobre todos los miembros de la familia con una autoridad sin límites). Lamentablemente, esto fue perjudicial: cuanto más poderes les confería la ley, más despreciados eran por las nuevas generaciones. Con la caída del sistema oligárquico los privilegios políticos de los ancianos disminuyeron.⁷

Los datos demuestran que en estas culturas, sobre todo en la griega, se dio un corrimiento de la estimación social hacia la juventud. El joven quien se halla en la acmé de la vida, es el hombre perfecto. El viejo ya no importa mucho, por que se le considera un sujeto enfermo, en decadencia, en la fase de corrupción.

Damos un gran salto en la historia. ¿Qué pasa en los demás siglos? sin duda hay periodos en los que la vejez es valorada positivamente, pero prevalece la ambivalencia en torno a los ancianos, sin que mejoren sus circunstancias y estima social. Pronto irá acrecentándose el problema de los viejos pobres y mendigos, solos y desamparados, sobre todo a partir del acontecimiento histórico de la revolución industrial.

3.1.1.3 En el mundo moderno: el viejo como jubilado.

Continuando con la propuesta de Diego Gracia, entendemos por mundo moderno el que aparece con la Revolución Industrial: acontecimiento histórico sobresaliente que provocó cambios sustanciales en todos los niveles, sobre todo en la forma de vida de los hombres, y que modificó la vida y el papel de los ancianos fuertemente.

Uno de los grandes fenómenos que trajo consigo la Revolución Industrial fue el “Urbanismo”. En la sociedad patriarcal y agrícola los ancianos estaban situados en una posición ventajosa: se les reconocía autoridad y prestigio; eran dueños de los medios de producción; sus hijos trabajaban para ellos y constituían su seguro de vejez; la experiencia de los mayores era válida y útil hasta su muerte. En cambio, cuando el anciano abandona el campo; el hijo se marcha, o padres e hijos tienen en la ciudad distintos oficios y adquieren conocimientos por medios diferentes a la tradición oral; sube el coste del anciano en la familia; los viejos comienzan a ser desatendidos o abandonados, etc.⁸

También dos fenómenos, fruto del sistema burocrático estatal, han modificado la forma de percibir y de tratar a los ancianos; la jubilación y las pensiones de la jubilación. El estado, que se propugna como defensor de todos, especialmente de los más desprotegidos, retira a los ancianos de su trabajo y los mantiene con una pensión, que la mayoría de las veces está por abajo del salario que percibían en plena actividad laboral.

que el cuerpo. Por algo recomendaba prudencia al elegirlos para los cargos públicos. Cfr. Gracia, Diego. Op. Cit. Págs. 18-22.

⁷ Cfr. Cabrillo, Francisco y Cachafeiro, Ma. Luisa. Op. Cit. Págs. 46-49.

⁸ Cfr. Ibid. Págs. 56-57.

Y cada persona experimentará la jubilación de distinta manera. Para algunos significará descanso, para otros separación, para otros apertura a nuevos horizontes, en fin, el contexto personal y social influirá decididamente en la forma de afrontar esta nueva etapa, que sin lugar a dudas es una etapa de crisis para la mayoría, tanto así que algunos la llaman “muerte social”.

Más adelante profundizaremos este concepto, ya que es clave fundamental para entender el modo como nuestra sociedad enfoca el problema de la ancianidad.

Hemos retomado algunos aspectos sobresalientes de la historia, comprobando que es el medio socio-cultural el que crea la imagen de los ancianos a partir de valores e ideales que persisten en cada época. En el mundo occidental la valoración de este grupo etéreo no es del todo agradable: desprecios, estereotipos y ambigüedades de una sociedad orientada básicamente hacia la juventud. ¿Prevalece esta situación en la actualidad? ¿Se envejece de igual modo hoy que ayer?

3.1.2 La nueva situación de los ancianos en los países desarrollados.

El desarrollo, en sus distintas facetas, ha traído beneficios para las sociedades que se involucraron en dinámicas de progresos con el fin de obtener un mejor nivel de vida, potenciando las capacidades humanas y empleando los avances de la ciencia y de la técnica a favor de las actividades del hombre. Sin olvidar, por supuesto, la otra cara de la moneda, pues el desarrollo también ha traído consecuencias desastrosas para la humanidad e innumerables contradicciones que hoy todavía permanecen. Obviamente esto varía en cada nación y el éxito o fracaso depende de la conjugación y equilibrio de una serie de factores, que es imposible enumerar aquí. Sólo ponemos atención en uno que nos interesa: el “factor demográfico”.

No hace mucho que los problemas del aumento de la población llamaron la atención de quienes rigen los destinos de las naciones. Análisis sociológico, políticas demográficas, control de la natalidad, etc., siguen siendo signos de ese despertar de conciencia, hoy más que nunca, pues hemos superado los seis mil millones de habitantes en el planeta. Y aunque es un problema serio el aumento global de la población, la diferenciación por edades reclama una atención especial.

En efecto, desde hace tres décadas, en las sociedades desarrolladas se ha iniciado un proceso de transición demográfica en el que sobresale un fenómeno preocupante: “el envejecimiento de la población”. En muchas regiones del mundo los progresos en el control de la mortalidad perinatal e infantil, la disminución de la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida, el mejoramiento en la alimentación y en la atención sanitaria básica y el control de muchas enfermedades infecciosas, han ocasionado una proporción mayor de personas que llegan a etapas avanzadas de la vida. No se están alcanzando edades superiores a las que haya llegado el ser humano (mayor longevidad), sino que son más las personas que llegan a edades avanzadas.

De acuerdo a los especialistas en demografía, el fenómeno es propio de las sociedades más desarrolladas, con altos índices de industrialización y urbanización, de

tal modo que, por ejemplo, al Continente Europeo algunos lo llaman no el “viejo” sino “el envejecido” continente.⁹

Enseguida señalamos algunos aspectos cuantitativos y cualitativos de la realidad social de la ancianidad y el envejecimiento en este tipo de sociedades.

3.1.2.1 Aspectos demográficos.¹⁰

Existen varias maneras de medir el envejecimiento de la población, sin embargo, el índice más comúnmente utilizado es la proporción de la población que tiene 65 años o más.¹¹ Y una proporción de un 10% o más de este grupo de población indica la presencia de una estructura de edad vieja.¹²

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena, ha orientado el pensamiento y la acción sobre el envejecimiento durante los últimos 20 años, mientras se han ido plasmando iniciativas y políticas de importancia crucial. Las cuestiones relacionadas con los derechos humanos de las personas de edad se abordaron en la formulación, en 1991, de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, en los que se proporcionaba la orientación en las esferas de la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad.

En el siglo s.f. se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo s.f. significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025. Ese aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años. En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050. En el África subsahariana, donde se sigue luchando contra la pandemia del VIH/SIDA y las dificultades económicas y sociales, el porcentaje llegará a la mitad de ese nivel. En Europa y América del Norte, entre 1998 y

⁹ “Para la sociología uno de los elementos estructurales que mejor muestra el dinamismo de los procesos de modernización y de cambio social en las sociedades desarrolladas es el que corresponde a la estructura de la población en su fase de transición demográfica, que es el proceso mediante el cual una población pasa de altas a tasa de mortalidad y de natalidad a bajas tasas de mortalidad y natalidad”. Juárez, Miguel. *Procesos de modernización y servicios socioculturales para la tercera edad de España*. Revista de Fomento Social 176 (1999). Pág. 415.

¹⁰ Naciones Unidas frente al Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de España 2002, y Otras Asambleas Mundiales Conexas.

¹¹ Edad social determinada claramente en las sociedades industriales avanzadas; delimitación cronológica que se hace posible por la influencia de la vida del trabajo. Cfr. Lizaola, Mónica. *Lo difícil de ser anciano*. Justicia y Paz 30 (1999) Pág. 21. La autora presenta brevemente la concepción del envejecimiento que tiene la sociedad norteamericana contemporánea.

¹² Cfr. Carnivali, Judith. Aspectos demográficos de la población de edad avanzada, en Sánchez, Carmen (dir.) Op. Cit. Pág. 47.

2025 la proporción de población clasificada como personas de edad aumentará del 20% al 28% y del 16% al 26%, respectivamente. Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad — sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales— experimentarán una evolución.

La notable transición demográfica que se está produciendo hará que para mediados de siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes sean iguales. Según se prevé, el porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y el 2050 y pasará del 10% al 21%; se proyecta, en cambio, que el porcentaje correspondiente a los niños se reducirá en un tercio y pasará del 30% al 21%. En algunos países desarrollados y con economías en transición el número de personas de edad supera ya al de los niños, y las tasas de natalidad han descendido por debajo del nivel de reemplazo. En algunos países desarrollados, el número de personas de edad para el año 2050 será más del doble que el de los niños. (Se espera que en los países desarrollados el valor medio de 71 hombres % mujeres aumente a 78. En las regiones menos desarrolladas, las mujeres de edad no superan en número a los hombres de edad en la misma medida que en las regiones desarrolladas, ya que las diferencias de género en cuanto a esperanza de vida suelen ser menores. Actualmente, la proporción media en los países en desarrollo es de 88 hombres % mujeres entre las personas de 60 años y más, y se proyecta un ligero cambio de esa cifra, que bajará a 87 para mediados de siglo.

El envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población.

Los países desarrollados y los países en desarrollo presentan otras importantes diferencias demográficas. Mientras que en los países desarrollados la inmensa mayoría de personas de edad vive en zonas clasificadas como urbanas, la mayoría de personas de edad de los países en desarrollo vive hoy en zonas rurales. Las proyecciones demográficas indican que para el año 2025 el 82% de la población de los países desarrollados vivirá en zonas urbanas, mientras que menos de la mitad de la población de los países en desarrollo vivirá en ellas. En los países en desarrollo hay una mayor proporción de personas de edad en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Aunque es necesario seguir estudiando la relación entre el envejecimiento y la urbanización, las tendencias indican que en el futuro habrá en las zonas rurales de muchos países en desarrollo una mayor población de personas de edad.

Existen también diferencias significativas entre los países desarrollados y los países en desarrollo en cuanto a los tipos de hogares en que viven las personas de edad. En los países en desarrollo, una gran proporción de las personas de edad vive en hogares

multigeneracionales. Esas diferencias suponen que las medidas de política serán distintas en los países en desarrollo y los países desarrollados.

El grupo de personas de edad que crece más rápidamente es el de los más ancianos, es decir, los que tienen 80 años de edad o más. En el año 2000, su número llegaba a 70 millones, y se proyecta que en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces.

Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes.

Es indispensable integrar el proceso del envejecimiento mundial, que está en curso de evolución, en el proceso más amplio del desarrollo. Las políticas sobre el envejecimiento deben ser examinadas cuidadosamente desde una perspectiva de desarrollo que incluya el hecho de la mayor duración de la vida y con un punto de vista que abarque toda la sociedad, tomando en cuenta las recientes iniciativas mundiales y los principios orientadores establecidos en importantes conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002, requiere cambios de las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI. Muchas personas de edad envejecen con seguridad y dignidad y también potencian su propia capacidad para participar en el marco de sus familias y comunidades. El objetivo del Plan de Acción consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Sin dejar de reconocer que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida, el objeto del Plan es ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. Se reconocen las características comunes del envejecimiento y los problemas que presenta y se formulan recomendaciones concretas adaptables a las muy diversas circunstancias de cada país. En el Plan se toman en cuenta las muchas etapas diferentes del desarrollo y las transiciones que están teniendo lugar en diversas regiones, así como la interdependencia de todos los países en la presente época de globalización.

El concepto de una sociedad para todas las edades, formulado como tema del Año Internacional de las Personas de Edad, que se celebró en 1999, tenía cuatro dimensiones: el desarrollo individual durante toda la vida; las relaciones multigeneracionales; la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo; y la situación de las personas de edad. El Año Internacional contribuyó a promover la conciencia de esos problemas, así como la investigación y la acción en materia de políticas, en todo el mundo, inclusión hecha de los esfuerzos por incorporar

las cuestiones relacionadas con el envejecimiento a las actividades de todos los sectores y promover oportunidades relativas a todas las fases de la vida.

En las principales conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas, los períodos extraordinario de sesiones de la Asamblea General y los procesos de seguimiento y examen se han fijado metas, objetivos y compromisos a todos los niveles con el fin de mejorar las condiciones económicas y sociales de todos. Ello establece el contexto en que deben situarse las contribuciones e inquietudes concretas de las personas de edad. Aplicar sus disposiciones permitiría a las personas de edad contribuir plenamente al desarrollo y beneficiarse de él en condiciones de igualdad. En todo el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002 se plantean varios temas centrales que están vinculados a esas metas, objetivos y compromisos, entre ellos:

La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad.

El envejecimiento en condiciones de seguridad, lo que entraña reafirmar el objetivo de la eliminación de la pobreza en la vejez sobre la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

La habilitación de las personas de edad para que participen plena y eficazmente en la vida económica, política y social de sus sociedades, incluso mediante trabajo remunerado o voluntario.

Las oportunidades de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada, por ejemplo, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad, al tiempo que se reconoce que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo.

La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo.

El reconocimiento de la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las familias y la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones.

La atención de la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación.

La promoción de una asociación entre el gobierno, a todos sus niveles, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas de edad en el proceso de transformar el Plan de Acción en medidas prácticas.

La utilización de las investigaciones y los conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar, entre otras cosas, las

consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo.

El reconocimiento de la situación de las personas de edad pertenecientes a poblaciones indígenas, sus circunstancias singulares y la necesidad de encontrar medios de que tengan una voz eficaz en las decisiones que les afectan directamente.

La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.

Las recomendaciones para la adopción de medidas se organizan con arreglo a tres orientaciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; fomentar la salud y el bienestar hasta llegada la vejez; y crear entornos propicios y favorables. El grado de seguridad de que gocen las personas de edad en sus vidas depende muy considerablemente de los progresos que se hagan en esas tres direcciones. Las orientaciones prioritarias tienen por objeto guiar la formulación y aplicación de políticas hacia el objetivo concreto del ajuste con éxito a un mundo que envejece, y en el que el éxito se mida en función del mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad y de la sustentabilidad de los diversos sistemas —tanto estructurados como no estructurados— en que se funda el bienestar de que se goce en todo el curso de la vida.

Es indispensable incorporar la cuestión del envejecimiento a los programas mundiales. Hace falta un esfuerzo concertado para adoptar un enfoque amplio y equitativo en materia de integración de políticas. La tarea por realizar es vincular el envejecimiento con otros marcos del desarrollo social y económico y con los derechos humanos. Si bien las políticas concretas han de variar según los países y regiones, el envejecimiento de la población es una fuerza universal y tiene tanto poder para moldear el futuro como la mundialización. Es indispensable reconocer la capacidad de las personas de edad para hacer aportes a la sociedad no sólo tomando la iniciativa para su propio mejoramiento sino también para el perfeccionamiento de la sociedad en su conjunto. Un pensamiento progresista reclama que aprovechemos el potencial de la población que envejece como base del desarrollo futuro.

En México, los adultos mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. De representar en el decenio de los 40 alrededor del 5.5% de la población, para 1996 aumenta al 6.4%, y se estima que para el año 2020 cubrirán en 11.6% de la población nacional.

El total de adultos mayores de 60 años que actualmente habitan en México es de alrededor de 6 millones, lo cual equivale al total de la población del estado de Jalisco. De la misma manera se estima que para el año 2020 la población mayor de 60 años ascenderá a 14.5 millones, es decir, 75% de la población que habitaba en todo el país en

1940 o casi el doble de la población que vive en el Distrito Federal en la actualidad. Existe un predominio de mujeres en la población mayor de 60 años, en 1950 representaban el 52% del total y para el año 2020 se estima que aumentará al 55%.

En gran medida este incremento de la población mayor se asocia con el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población. El aumento de la esperanza de vida al nacer se relaciona directamente con el aumento de la población mayor. En 1950, la esperanza de vida al nacer en México era de 49.9 años y ésta aumentó a 70.6 hasta 1990, estimado que llegará a 76.5 en el año 2020.¹³

En los países miembros del Consejo de Europa, donde más sea acusada el envejecimiento de la población, el porcentaje de personas con edades superiores a los 65 años representa el 12.7% del total de la población, variando de acuerdo a los niveles de desarrollo de cada nación.¹⁴

Por supuesto que las causas y consecuencias del envejecimiento poblacional no son idénticas en todos los países. Como hemos señalado anteriormente, mucho tienen que ver las variables demográficas de fecundidad,¹⁵ mortalidad y migración, pues todas afectan considerablemente la estructura de edad de la población. Aunque el sector de los ancianos no es un grupo homogéneo, pues sus peculiaridades demográficas cambian constantemente, se establecen ciertas características particulares que permanecen: es un sector donde hay una cantidad mayor de mujeres que de varones, de personas viudas (también mayormente del sexo femenino), de analfabetas; además, los movimientos migratorios de este grupo son menores y menor es también su participación social.

Del impacto que tienen las personas de edad avanzada en la sociedad hablaremos a continuación, destacando los problemas básicos que se han generado en las sociedades que experimentan profundos y constantes cambios en toda su estructura.

3.1.2.2 Seguridad Social.

La actuación de la seguridad social en sus distintas instituciones ha tenido un gran impacto en el mejoramiento de la salud y el bienestar de la sociedad mexicana, pero en algunos aspectos, como es el caso de la protección a la vejez, ha sido

¹³ Ante el aumento inminente de la población envejecida en el mundo, se llevó a cabo en Viena (1982) la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento con el fin de tratar los problemas vinculados al envejecimiento de la población. De ahí surgió un Plan de Acción Internacional, que en el n.13 advierte a los países desarrollados: "El logro del desarrollo continuo exige un equilibrio adecuado entre los factores sociales, económicos y ambientales y los cambios en el crecimiento, distribución y estructura de la población. Los países deberán reconocer y tener en cuenta sus tendencias demográficas y los cambios de estructura de su población a fin de optimizar su desarrollo". Cfr. O.N.U. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. New York. 1983. Pág. 16.

¹⁴ Mientras Suecia y Reino Unido ofrecen porcentajes del 17.7% y 15.3%, Turquía presenta una proporción de población anciana del 4.1%. Cfr. Hernández, Gerardo. *Demografía del envejecimiento: (1989-1999)*.

¹⁵ Según un informe de la Unión Europea (1993), en los países de la Unión, las tasas de fecundidad están en su punto más bajo desde que comenzaron a registrarse hace 36 años. Las mujeres de esos países tienen como promedio 1.48 hijos, en comparación con 1.82 en 1980. De acuerdo a informaciones periodísticas, en Italia, donde la tasa de fecundidad es de 1.26, el Gobierno está considerando la posibilidad de dar incentivos a las mujeres para que tengan mayor número de hijos. Cfr. Rathnasabapathy, Senthil. *Materia gris: Populi 4* (1994). Pág. 8.

incompleta. Oficialmente se otorgan jubilaciones de retiro en razón de la disminución de la capacidad para el trabajo y otro tipo de pensiones. Sin embargo:

- Más de la mitad de la población económicamente activa en México no está afiliada a alguna institución que le permita jubilarse (sobre todo los grupos más débiles que no cotizan para las instituciones: desempleados, trabajadores rurales, indígenas y del sector informal).
- Además, las pensiones que otorga la seguridad social han sido insuficientes para cubrir las necesidades básicas. Este recurso muchas veces es el principal ingreso no sólo del adulto mayor, sino que también el de su familia.
- Falta de orientación e información legal que le permita a los adultos mayores defender su derecho a una pensión.

Esto indica que desde el punto de vista distributivo, la estructura de la seguridad social en nuestro país tiene serias deficiencias aparte, ha experimentado insuficiencias de recursos y déficit económico que minan su capacidad de respuesta. Disposiciones gubernamentales como el establecimiento de las “AFORES”, son medidas que pretenden que el sistema de seguridad social sea más justo y más equitativo. Al menos eso es lo que teóricamente se pretende.

Garantizar la supervivencia y el cuidado de las personas que no están en condiciones de trabajar, sea por su avanzada edad o por problemas de salud física o mental, ha sido uno de los cometidos más importantes de los sistemas públicos de protección social desde el inicio del siglo XX. Es más, en algunos países los primeros beneficios sociales otorgados a los ciudadanos fueron las pensiones de vejez y de invalidez por causas laborales.

Actualmente la cuestión de la seguridad económica de las y los adultos mayores se está convirtiendo en un problema social de primer orden en México no sólo por razones éticas y de solidaridad sino por que concierne a un número creciente de personas. El problema principal de la protección social de los adultos mayores en México es, sin duda, la restringida cobertura de los sistemas de pensiones --sólo el 30% de los adultos mayores cuenta con ella-- y su dependencia de la relación laboral formal. A ello se añade la ausencia de programas orientadas a proveer servicios de cuidado y apoyo a esta parte de la población. La sociedad mexicana no ha asumido una nueva realidad que requiere de soluciones colectivas y públicas. Ni las familias ni el mercado pueden enfrentar exitosamente la creación de condiciones seguras y dignas que permitan a los adultos mayores disfrutar de sus últimos años de vida.

La reforma del IMSS de 1995 no atacó el problema social que un sistema de pensiones debería resolver porque no incluye ningún mecanismo para ampliar la cobertura poblacional de jubilación. Antes al contrario, los nuevos requisitos de cotización para jubilarse y mantener el derecho a los servicios médicos hacen suponer que una proporción menor de los adultos mayores contarán con estos beneficios y servicios en el futuro. Fue esencialmente una reforma para poner en manos de los grandes grupos financieros los inmensos fondos públicos de pensiones.

Ante este panorama cabe preguntar ¿existe otra alternativa o estamos obligados a aceptar, en nombre del realismo pragmático, la tragedia de millones y millones de ciudadanos y ciudadanas? La respuesta es no. Hay otros caminos y son transitables. Es impostergable abrir el debate sobre estas alternativas no sólo por la urgencia de paliar la penuria de los viejos hoy, sino también porque el correr del tiempo fortalece a los dueños del nuevo sistema y debilita a la sociedad frente a ellos.

Si el principal problema en este ámbito es la desprotección social de la mayoría de los adultos mayores, la solución no puede ser otra que cubrir de nuevos beneficios a todo este grupo. Tenemos que plantear como punto de llegada el derecho ciudadano a una pensión universal. Y sería posible hacerlo hoy sin alterar mayormente las finanzas públicas. El costo para la nación de otorgarles una pensión de un salario mínimo a todos los y las ciudadanos mayores de 65 años sería el 1.16 por ciento del PIB, o sea, aproximadamente lo que erogamos para financiar el costo de transición de la privatización del actual sistema de pensiones del IMSS. Si se decidiera pensionar inicialmente a los mayores de 70 años el costo sería el 0.73 por ciento del PIB. Para no alterar estos porcentajes respecto a producto nacional se necesitaría crecer alrededor del 4 por ciento anualmente lo que es razonable.

Estos cálculos sirven para ejemplificar que no hay sólo una alternativa posible, la actual, y otras imposibles, como sería la pensión universal ciudadana, sino que la opción depende de cuáles son las prioridades. Si se considera que las finanzas del país aguantan el costo de transición también soportarían la alternativa de la pensión universal.

Hay un abismo de eficacia social entre una y otra alternativa gastando lo mismo. El actual sistema de pensiones permitirá asegurar una pensión de aproximadamente un salario mínimo a una cuarta parte de los adultos mayores mientras que la pensión universal lo garantizaría a todos y estamos hablando de porcentajes del PIB que cabrían perfectamente dentro de los márgenes de posibilidad de un país con el desarrollo de México. Falta voluntad política, no recursos.

Una reforma de la reforma del sistema de pensiones sería, en principio, posible sin un cambio radical en la política económica. Sin embargo, va en contra de las prioridades y concepciones del proyecto neoliberal y enfrentaría, por ello, una correlación de fuerzas política desfavorable que tendría que cambiarse con la construcción de una alianza social amplia. Requeriría además para estabilizarse, al igual que el actual sistema, el crecimiento del empleo y del salario así como una reforma fiscal progresiva. De allí se deducen dos cuestiones claves.

La primera es que es obligado cambiar la concepción sobre cómo generar el bienestar que pasa, necesariamente, por una política activa de generación de empleo y protección e incremento del ingreso. Sin embargo, esto no es suficiente sin no va acompañado de una política social de reconstrucción de las instituciones públicas de protección social. En las condiciones de México, combatir la desigualdad e iniquidad pasa por convertir la solución de los grandes problemas sociales en la primera prioridad nacional. Este es, en el sentido más preciso, el interés general de la sociedad por encima de la multitud de intereses particulares.

Hay una amplísima literatura científica que demuestra que las políticas universalistas instrumentadas por instituciones públicas tienen una eficacia social mucho mayor que las políticas de mercado complementadas con políticas selectivas de asistencia social. Pero no sólo son más eficaces en términos del cumplimiento de los propósitos de bienestar social sino son al mismo tiempo más eficientes en términos económicos.

El ejemplo más célebre de los magros resultados sociales y los altos costos de las políticas sociales neoliberales son los EUA que tienen los porcentajes más altos de pobreza de los países desarrollados con 19 por ciento contra 6.7 por ciento en Suecia; entre los niños con 25 por ciento contra 3.0 por ciento en Suecia; entre las familias monoparentales con 59 por ciento contra 5 por ciento en Suecia; y entre los adultos mayores con 19.6 contra 6.4 por ciento en Suecia.

La reforma alternativa del sistema de pensiones tendría como características básicas: una pensión universal combinada con una pensión proporcional pero no equivalente por contribuciones; un instituto público de pensiones para darle una orientación solidaria al sistema y orientar la inversión de sus fondos con criterios sociales y productivos; y un sistema de financiamiento mixto fiscal y por contribuciones. Los tiempos de esta reforma tendrían que acotarse de tal manera que se pueda transitar sin una presión excesiva sobre las finanzas públicas.

El derecho a la jubilación significa que todo ciudadano y ciudadana de determinada edad, por ejemplo a partir de los 65 años o inicialmente de los 70 años, recibiría una pensión de un salario mínimo haya o no aportado a un fondo de pensiones. Esta proposición se sustenta en que, con poquísimas excepciones, toda la gente, hombres y mujeres, han contribuido a la sociedad independientemente de haber tenido una relación laboral formal. El mejor ejemplo son las mujeres que con su trabajo garantizan tareas indispensables sin costo alguno para la sociedad. Es de justicia elemental que la sociedad les proporcione cierta seguridad económica durante su vejez. Otro ejemplo son los campesinos y jornaleros que, por problemas ajenos a ellos, no están cubiertos por el seguro social pero no pueden considerarse, en absoluto, un grupo ocioso o improductivo.

Es además previsible que una proporción importante de la población económicamente activa sea excluida de la posibilidad de tener un empleo estable con seguro social como prestación laboral. En este caso no es social y éticamente admisible que los costos de los problemas estructurales de la economía sean pagados por los individuos que son las víctimas de esta situación.

Por otra parte todos pagamos impuestos, aunque sólo sea a través del IVA y a todos los mexicanos nos corresponde una parte de los impuestos sobre bienes nacionales como es, por ejemplo, el petróleo. Es efectivamente necesario desligar los beneficios sociales de la relación laboral pero, contrario a la posición de los neoreformadores de responsabilizar individualmente a la gente de su pago, habría que tomar el presente como la ocasión para universalizar el acceso a ellos.

El subsistema de pensión contributiva sería un sistema de reparto, o sea pagaría las pensiones de un fondo común. La jubilación derivada de las contribuciones se añadiría a la pensión universal y sería proporcional pero no necesariamente equivalente

a éstas. Es decir serían manejadas con criterios redistributivos para fortalecer la solidaridad entre los trabajadores. Con este sistema nadie perdería respecto al sistema actual que, según los cálculos actuariales, arrojaría un porcentaje muy bajo sobre el último salario y la mayoría de los trabajadores no alcanzaría más que un salario mínimo. Todos tendrían el salario mínimo y los contribuyentes directos una suma adicional.

La administración de todo el ciclo pensionario recaudación, inversión de fondos y pago de las pensiones estaría a cargo de un instituto nacional descentralizado de pensiones lo que reduciría los gastos de operación del sistema que actualmente es de 20-25%.

Esta proposición alternativa es, como se puede observar, factible y no entraña mayores costos fiscales y más riesgos imponderables que el actual sistema. Tiene en cambio una eficacia social mucho mayor y cumple con el anhelo de garantizar a todos y todas una vejez menos precaria.

El nuevo gobierno del Distrito Federal ha demostrado en los hechos que es posible empezar a dar una respuesta institucional y pública al problema social de la inseguridad económica y médica de los adultos mayores. Para tal efecto diseñó El "*Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores*" del Gobierno del Distrito Federal que está conceptualizado como el primer paso para instituir una *Pensión Universal Ciudadana*. Las restricciones presupuestales del GDF así como sus limitadas facultades de recaudar impuestos locales no permiten alcanzar inmediatamente este objetivo final. Sin embargo, con este programa nuevo y prioritario el gobierno busca apoyar económicamente y con servicios médicos y medicamentos a los adultos mayores de 70 años. El programa tiene además el propósito de dar visibilidad social a este vacío fundamental de la política social mexicana que es la restricción de la pensión por edad a la población asegurada. Con ello se busca impulsar un debate nacional sobre la necesidad de adoptar una política nacional respecto a este problema.

En el DF hay cerca de 325 mil personas tienen 70 años o más y dos tercios son mujeres. El ingreso promedio de este grupo es cercano a un salario mínimo pese a que más del 40% recibe una pensión de seguridad social. Estos bajos ingresos los obliga a depender de sus parientes que en su mayoría también tienen serias restricciones económicas. Los adultos mayores sufren además con alta frecuencia padecimientos crónicos lo que explica que su gasto promedio mensual en compra de medicamentos es de 550 pesos.

La Secretaría de Salud es responsable del programa porque es la única institución social lo suficientemente sólida como para poder operar un programa que abarca a centenares de miles de personas y por su componente de servicios médicos y medicamentos gratuitos.

Por razones presupuestales el programa se dirige inicialmente a 250,000 adultos con 70 años o más que residen permanentemente en el Distrito Federal desde hace al menos tres años. Los recursos del programa provienen de los ahorros obtenidos con el Plan de Austeridad Republicana del Gobierno del Distrito Federal y en 2001 se cuenta con 1,290 millones de pesos para el apoyo alimentario y 50 millones de pesos para los medicamentos gratuitos.

La selección de los beneficiarios se hizo utilizando el método de "focalización territorial" que disminuye al máximo la discrecionalidad --todos que viven en una demarcación tienen derecho de ser incluidos-- es el más justo --tiene efectos muy cercanos a los programas universales; y reduce sensiblemente los costos administrativos al no trabajar estudios socio-económicos individuales. Se incluyeron así a los adultos mayores que habitan en las Unidades Territoriales (UT) del Distrito Federal clasificadas como de muy alta, alta y media marginación.

Para construir el padrón inicial de beneficiarios se hizo un censo con vistas domiciliarias de verificación y se detectaron 160 mil personas elegibles que recibieron en marzo de 2001 una tarjeta electrónica para comprar alimentos por una cantidad de 600 pesos mensuales y medicamentos gratuitos. Posteriormente se continuó con las UTs de segunda prioridad añadiendo 44 mil personas en junio. La última ampliación suma al programa a los adultos mayores de los "bolsones de pobreza" en el resto de las UTs y a los nuevos inscritos con la trabajadora social en los Centros de Salud del DF distribuidos en toda la ciudad para alcanzar 250 mil personas en octubre --el 79% del universo. El objetivo es cubrir a todos los adultos mayores de 70 años antes de terminar el sexenio.

Los beneficiarios del programa reciben gratuitamente los medicamentos del cuadro geriátrico en los 210 Centros de Salud del G.D.F. Con esta finalidad se ha instrumentado en éstos un programa de atención integral para los adultos mayores que les garantice la consulta cerca de su domicilio, en un horario especial, con un tiempo de espera corto y trato cálido así como la prescripción adecuada de los medicamentos e información sobre su uso seguro. A través de este componente del programa se trabaja activamente con los adultos mayores para incorporarlos a actividades grupales de promoción de la salud y de control de los padecimientos crónicos. A partir de julio recibe además servicios y medicamentos gratuitos en la red de hospitales del GDF.

El programa tiene una supervisión permanente. Las educadoras de la secretaría tienen bajo su responsabilidad un número predeterminado de beneficiarios y los visitan bimestralmente.

El Consejo de Adultos Mayores de la Ciudad, las organizaciones de adultos mayores y los 1,352 Comités Vecinales ejercerán una contraloría social sobre el programa vigilando su correcta aplicación y transparencia. Tendrán acceso a los convenios suscritos por el GDF y los beneficiarios donde están plasmados los derechos y obligaciones de ambas partes.

a) Centros de Atención Integral.

Se proporcionan servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como en rayos X, estudios de laboratorio y gabinete. Esta atención se brinda a través de sus 4 centros de Atención Integral, ubicados en la ciudad de México.

Una de las principales ventajas de los centros de Atención Integral es que todos los adultos mayores reciben atención, sin importar que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Además, no tienen que hacer cita, excepto para los servicios de ultrasonido, rayos X y análisis clínicos. Son atendidos conforme llegan y el tiempo de estancia en el centro es de 45 minutos, aproximadamente. Al llegar los pacientes se les practica un examen general, se elabora su diagnóstico y posteriormente se les canaliza a la especialidad correspondiente, a partir de ese momento se inicia un seguimiento médico personalizado.

b) Clubes de la Tercera Edad.

Funcionan 4 mil 607 en el interior de la república y 113 en el Distrito Federal, en los que se atienden a personas de 60 años y más, quienes realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de manualidades, artesanías y oficios, con lo que se fomenta su organización e intervención en la solución de sus problemas, además de propiciar su permanencia en la comunidad.

c) Centros Culturales.

Operan 4 en el Distrito Federal y su objetivo es brindar actividades académicas de formación complementaria y otras opciones para incrementar el nivel cultural de los asistentes, al proporcionarles materias de formación humanística, disciplinas pedagógicas e idiomas.

d) Educación para la Salud.

Con acciones preventivas se imparten seminarios, cursos, pláticas y se proporcionan alternativas y consejos para el sano envejecimiento.

e) Cartilla Nacional de Salud para Adultos Mayores.

Permite llevar un minucioso registro del esquema básico de prevención y control de las enfermedades más frecuentes en la Gente Grande. Este documento se entrega a las personas que asisten a consulta médica u odontológica en los Centros de Atención Integral.

f) Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre.

Se capacita a los adultos mayores en la producción de diferentes artículos, que al ser comercializados les generan un ingreso y propician la ocupación de su tiempo libre.

g) Centro de Capacitación en Cómputo.

El 11 de abril del 2002 se iniciaron las actividades en el Centro de Cómputo "Emma Godoy", de donde han egresado más de 600 adultos mayores, quienes se han capacitado en el manejo del programa office e internet, lo cual los acerca a una posibilidad de empleo.

h) Departamento de Asesoría Jurídica.

Proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años y más que enfrentan problemas legales.

Este servicio también se ofrece en los 4 Centros de Atención Integral, así como en las Delegaciones y Subdelegaciones del INAPAM en cada entidad federativa.

i) Programa de Empleo para Adultos Mayores.

El INAPAM trabaja en el Eje Estratégico de Empleo, para reincorporar a los adultos mayores a la planta productiva instrumentó el programa de Empleo para Adultos Mayores, a fin de que cuenten con los ingresos necesarios para una vida digna. Para tal efecto, mantiene una concertación permanente con empresas e instituciones para ofertar fuentes de trabajo a este grupo social de acuerdo a sus características y necesidades.

Se cuenta con un padrón de 800 empresas y particulares que se han comprometido a ofrecer más de 8 mil plazas a los adultos mayores.

j) Tercera Llamada.

Para otorgar apoyos financieros y asesoría a los adultos mayores de escasos recursos con iniciativas productivas viables, el INAPAM constituyó el fondo Tercera Llamada “Mi palabra vale por tres”.

Esta es una acción conjunta de las secretarías de Desarrollo Social (SÉDSELO) y de Economía, a través del Fondo Nacional para el Apoyo a Empresas Sociales (FONES) y el propio INAPAM, por medio del cual se otorgan préstamos de entre 500 y 5 mil pesos, para que los adultos mayores inicien o refuercen sus negocios o “changarros”, convirtiéndose en una alternativa de autoempleo. Por el momento, Tercera Llamada sólo opera en el Distrito Federal.

Quienes deseen conocer las oportunidades laborales o los pormenores para recibir apoyos económicos, deberán acudir a cualquiera de los 4 centros de Atención Integral del INAPAM o a la Coordinación de Programas de Apoyo.

k) El INAPAM va a tu barrio.

A través de unidades móviles ofrece los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médica y odontológica a las personas de 60 años o más que no pueden acudir a los centros de Atención Integral, ya sea por su lejanía o por su condición física. Estas unidades visitan regularmente colonias y zonas marginadas, las cuales son programadas de acuerdo a los requerimientos que presentan al Instituto representantes o líderes vecinales.

l) Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento en el ISSSTE.

Se promoverá a través del programa del envejecimiento exitoso, que la atención a la salud y el buen envejecimiento se otorgue con un trato gentil, de calidad y con sentido de equidad.

Se privilegiará la atención con enfoque de riesgo, de prevención, rehabilitación y de fomento a la salud total, de manera sistematizada, con la participación activa de los viejos, la familia y la comunidad, en coordinación con instancias institucionales y organizaciones no gubernamentales y gremiales. Una visión holística.

Se intensificará la participación de las redes sociales formales e informales para contribuir en una actitud solidaria a mejorar la calidad de vida de los viejos y en particular para los de mayor riesgo.

Se promoverá la integración de la información demográfica, epidemiológica y de factores de riesgo específica del viejo para la elaboración del diagnóstico de salud en los niveles regional, delegacional y operativo.

Se promoverá a través de fomento a la salud, estilos de vida favorables entre el individuo, la familia y la comunidad para lograr que el concepto del “buen envejecimiento” sea una realidad. Se fomentará la creatividad para que, el personal de salud involucrado en este programa tenga la oportunidad de proponer acciones innovadoras en base a su experiencia y de acuerdo a las necesidades de la población.

Se realizarán actividades de fomento a la salud, que tengan como propósito alcanzar “una cultura para el buen envejecer”, respetando sus valores culturales y tradicionales.

3.1.2.3 Los principales problemas.

Los ancianos van a ser en los próximos años un colectivo muy numeroso. A ello van a contribuir las nuevas formas de vida, la alimentación, los progresos sociales y en general los avances de la ciencia que caracterizan nuestra época. En el mural del año 2000, la esperanza de vida se prologó colectivamente, deparándonos una población jubilada cercana al veinte por ciento. Hace apenas unos cientos de años, el anciano era casi un milagro en una sociedad de jóvenes; hoy, por el contrario, la vejez no es ya un estado excepcional, sino el término normal de gran parte de la población. No se trata de un alargamiento biológico como social: son más los que llegan actualmente a la vejez entendida como sinónimo de decadencia y decrepitud, aunque el término *viejo* tenga distintas connotaciones dependiendo de cada época o cultura. En Europa hasta hace poco se calificaba de viejos a los que cumplían cuarenta años, los cuarenta años eran la meta que se proponían personas como Rousseau para retirarse y morir; y Dostoievski pensaba que era vulgar vivir con más de cuarenta años; mientras que Goethe o Shakespeare, por su parte, consideraban inmoral amar o cantar después de los treinta años. El progreso ha sido enorme en este aspecto; mientras que en 1789 un hombre era ya viejo a los cuarenta años, y en 1900 la vejez comenzaba sobre los cincuenta años, en 1996 se puede decir que, sobre todo en algunos países, no empieza hasta los setenta y cinco años. Pero lo más importante no es que se haya duplicado la expectativa de vida, sino sobre todo, que ya es posible envejecer con vitalidad y de manera satisfactoria. La

vejez puede ser, incluso, un tiempo propicio para el desarrollo, donde se mantengan y hasta se desplieguen ciertas funciones vitales psicológicas, dependiendo no sólo de los aspectos biológicos sino del conjunto de comportamientos de una persona que vive en un medio determinado, con unas formas de vida, y determinadas características psicológicas individuales. Desde esta perspectiva, se pone el acento no tanto en los aspectos cronológicos como en determinados fenómenos atribuibles a la cultura y al curso individual de la vida.

Esta interesante realidad gerontológica nos ha cogido desprovistos de una red de servicios adecuada, especialmente en algunos países, al mismo tiempo que la investigación y docencia desarrollada por gran número de universidades es a todas luces insuficiente. Nuestro país, por ejemplo, dispone de una red bastante buena de colegios y escuelas infantiles, tiene organizado los estudios de psicología, pediatría o pedagogía, pero las propuestas e iniciativas en gerontología adolecen, en general de improvisación, superficialidad o desconsideración. No se pueden poner en marcha buenos programas de intervención sin una adecuada formación gerontológica y sin la investigación que demanda esta importante realidad social.

La realización de diversas actividades encaminadas a promover la calidad de vida y el bienestar social de las personas de edad avanzada, constituye un punto de referencia obligando en esta Región tanto en la difusión de las estrategias más adecuadas para afrontar los problemas propios de la vejez como en el desarrollo de actitudes positivas en torno al envejecimiento.

Precisamente por eso publicamos este libro, para ayudar a cuantos están interesados en el conocimiento del envejecimiento humano. Son todavía demasiados los que se disponen a envejecer con una mentalidad propia del siglo pasado. Los estereotipos y actitudes negativas hacen que la vejez aparezca aún como “un secreto vergonzoso del cual es indecente hablar” en palabras de Simone de Beauvoir. La mayoría de las personas viven de espaldas a los problemas de los viejos, porque muchas actitudes públicas se basan todavía en el mito. Pero es social y no biológico el sentido peyorativo que tiene la palabra viejo, como lo demuestra el hecho de que en unas sociedades sean objeto de discriminación mientras que en otras lo fue de promoción. El hecho de considerar a la vez como época del ocio en nuestra cultura, debe entenderse como una auténtica expulsión de una ciudadanía basada en el trabajo. Supone un ocio humillante el no ser ya útil, al no poder disponer de una función social que desempeñar. En estos momentos en que los viejos se encuentran con más salud y energía que nunca en la historia desde el punto de vista fisiológico, se inculca, a veces muy sutilmente, una “mentalidad degenerativa” que tiende a hacer creer a los demás y a las mismas personas mayores que son seres “degenerados”, enfermos, “viejos”, condenados a vegetar en la soledad o el aburrimiento. Toda la familia, con frecuencia, se hace cómplice; al abuelo se le trata con una benevolencia irónica, convenciéndolo de su decadencia con el fin de que ceda la dirección de sus bienes y se resigne a un papel pasivo. En otros casos se le miente o se recurre a la fuerza.

Si una persona no es todavía anciana, lo mejor que podemos desearle es que pueda llegar a serlo. Si va a recibir o no el tipo de trato que reciben los que ahora son viejos, depende de hasta que punto la sociedad va a ser capaz de creerse los estereotipos y prejuicios plenamente vigentes en nuestra cultura. Aquellos a los que aún no se les considera viejos tienen que darse cuenta de lo que les espera si dejan que las cosas sigan

igual. Deberían saber que su futuro está también comprometido a reaccionar antes que sea demasiado tarde.

Algunas de las ideas que aquí se vierten implican una conmoción radical si de verdad se quiere que las personas mayores sigan viviendo como seres humanos durante los “largos años de inactividad “. Más temprano que tarde la realidad se impondrá a nuestros mitos y prejuicios reclamando medidas drásticas, y dejando al descubierto el carácter embaucador de ciertas “proclamas”, la miseria de una cultura de mercaderes y las “trampas” de tantos mandarines que tan bien contribuyen a esa vejez deshumanizada.

Es urgente prepararse para el futuro. Yo reclamo también la complicidad de todos para lograr que la vejez deje de ser la antesala de la muerte y se convierta en una etapa de la vida.

- Las personas ancianas en una sociedad en cambio.

Queremos saber el número de ancianos en el mundo, sus problemas y causas de los mismos, pero no podemos obligar el cómo se han forjado, es decir, cuál ha sido el contexto socio-cultural que les tocó vivir en sus años de juventud y madurez, y que de alguna manera influye en la visión que tienen ellos de los cambios históricos y sus actitudes ante los mismos.

En las condiciones actuales de la Humanidad, el futuro de la longevidad humana me parece muy oscuro: el hecho concreto es que, en nuestro “ciclo vital”, la juventud y la adultez ocupan un tiempo muy reducido en relación con la infancia y la vejez y sus roles en las sociedades humanas. Actualmente, las sociedades humanas no saben qué hacer con el 20 % de mayores de sesenta años que piden jubilación, atención médica y otros servicios que hacen que el presupuesto nacional se desequilibre.

Para retrasar el proceso del envejecimiento, que comienza alrededor de los veinticinco a treinta años de edad, en forma lenta pero evidente hacia los cuarenta años y más, habría que prolongar la juventud y la edad adulta haciendo que la vejez comenzara alrededor de los cien años, pero una vejez sana.

Lo que estoy afirmando se basa en las más recientes investigaciones sobre la intervención de ciertos genes, tal vez una docena, sobre la “capacidad vital” de la especie humana, que aparentemente podría ser de una longevidad individual de ciento cincuenta años. En estos momentos, se está tratando de identificar dos reguladores cronológicos de nuestro ciclo vital que estarían ubicados uno en el cerebro y otro a nivel celular.

La “Agenda Mundial para la Ciencia”.⁴, Tokio, 1990, pronostica para el año 2050 el control del envejecimiento humano.

Por ejemplo, en la sociedad española (cuyo ritmo de envejecimiento de la población se ha acelerado últimamente y cuyo proceso de cambio es análogo al de muchos países europeos) se reconoce que una gran mayoría de los ancianos de hoy, crecieron en una etapa de su historia en que las condiciones políticas, económicas y culturales no eran las más adecuadas para su bienestar social: emigraron del campo a la

ciudad, no pudieron asistir a la escuela y adquirir un cierto nivel cultural y pagaron unos costos mayores por la modernización y el cambio.¹⁶

Para comprender integralmente la realidad individual y social de los ancianos, es necesario ubicar los cambios de valores que se han generado en una determinada sociedad y de este modo, no solo detectar el origen de los problemas, sino sobre todo, evaluar los diversos grados de integración socio-cultural de este grupo de edad.¹⁷

3.1.2.4 ¿Qué significa todo esto para nosotros? ¿Podemos vivir más y mejor?

Controlar el envejecimiento significará aumentar el número de gente viviendo más de sesenta años, es decir, con una esperanza de vida mucho más alta que la actual. Si esto sucede se producirá una catástrofe peor que la crisis económica que estamos viviendo. Para poder realizar estos proyectos, que son lógicos y posibles, habría que hacerlos con una Humanidad que dispusiera de: buena calidad de vida; bienestar social y económico; ambiente ecológico sano y estable; educación dirigida a la formación del individuo como tal (conocimiento de sí mismo); programas preventivos de salud y no sólo de atención médica curativa. Se puede, pero es difícil lograr esto para todos.

Yo pienso que es absolutamente necesario salvar a la especie humana de las contradicciones en que hoy vive; la contradicción mayor es el conflicto entre la biología humana y la economía social. La estructura de las sociedades humanas y la estructura del sistema de producción social crean los riesgos mayores para la salud y la vida de los seres humanos: riesgos ecológicos, riesgos biológicos, riesgos mentales, riesgos genéticos, riesgos ambientales. La prolongación de la vida humana parece ser un hecho cierto dentro de un período de veinte a cincuenta años en que se obtendrá el control de los genes de la regulación cronológica de nuestro “ciclo vital”; pero para poder mantenerse económicamente, tendrá que asegurarse la manutención no sólo de la vida nuestra sino también de nuestra salud y de la actividad productiva humana para poder evitar la quiebra del sistema social. Existen, por tanto, contradicciones muy serias entre lo biológico-mental y lo económico-social, contradicciones que hay que resolver previamente a las intervenciones de orden genético o simultáneamente.

No hace mucho tiempo atrás, en 1978, el doctor H. Mahler, que era el director general de la OMS expresaba su opinión a la “Asamblea Mundial de la Salud”, en Ginebra; “¿qué hacer para abrir los ojos de todo el mundo sobre el estado escandaloso de la salud de la Humanidad y sobre las inmensas posibilidades que existen para remediar esta situación que es eminentemente educativa?... las necesidades sociales y de salud han llegado a un límite de insatisfacción intolerable tanto en los países

¹⁶ Cfr. Juárez, Miguel. Sociedad española y personas ancianas ante el siglo XXI. en Gafó, J. (ed.). Op. Cit. Pág. 62. España comparte alguno de estos problemas con Italia: Cfr. Ardigo, Achille. La condizione anziana nelle societa sviluppate: emergenti problemi morali e socio-sanitari, en C. Romano-G. Grassani (dirs.) *Bioética*. UTET. 1995. Págs. 247-260; Caretta, Flavia. *Verso una societa di anziani: camillianum 7* (1996). Págs. 95-107.

¹⁷ Para Miguel Juárez, la sociedad neotecnológica experimenta un cambio de actitudes y valores en tres niveles básico: a) las estructuras mentales; b) la forma de vida y de comportamientos respecto a las costumbres, la percepción del medio y las normas éticas o morales, y c) la normalización legal de lo anterior. La sociedad actual no se preocupa tanto por los valores de la supervivencia cuanto por los valores de calidad de vida, el medio ambiente, la cultura, el ocio, la autoestima, el arte y la belleza. Cfr. Juárez, Miguel. *Sociedad española...* Op. Cit. Págs. 48-50.

desarrollados como en los menos desarrollados”... el resultado ha sido la detención del descenso de la mortalidad en todo el mundo y la declaración de ineficacia de la OMS frente a la situación actual.

¿Cuáles son las posibilidades de acción frente a esta situación tan grave para la Humanidad?

Yo pienso que hay tres caminos posibles: el primero es el de la educación fundada en el conocimiento del Homo Sapiens Sapiens y de sus sociedades; el segundo es el conocimiento de la genética humana y de su intervención en nuestro ciclo vital; y el tercer camino es el identificar, en cada ambiente de vida social, los riesgos que existen, y que se están produciendo constantemente en el ambiente sociocultural.

Se trata, entonces, de resolver problemas que son muy completos y multidisciplinarios. Probablemente, la genética de la especie humana constituye el problema más complejo que se debe resolver. Sin embargo, el conocimiento de la genética molecular nos ha proporcionado ya el acceso a los genes específicos que buscamos y a las proteínas que los codifican. La transferencia en los cromosomas de un animal, o de una planta, permiten la introducción de moléculas de ADN a los genes codificados, por nuevos rasgos genéticos, que serán transmitidos de generación en generación.

Las mayores experiencias en estas transferencias e han realizado en animales. Los animales llamados transgénicos resultan de una combinación de “operación de microcirugía” de los genes y de técnicas de embriología. Hasta ahora, la mayoría de estas experiencias se refieren a la terapia génica o más bien, a perspectivas de una terapia genética, experimentando con peces, pollo, conejos, porcinos, ovinos, bovinos, etc.

Los objetivos de estas experiencias, se han referido a transformaciones en los genes inducidos para producir inmunidad o una resistencia a los parásitos, a los virus, etc., o para modificar ciertos metabolismos, utilizando ciertos organismos como fermentadores vivos que sintetizan proteínas de alto valor agregadas a la sangre circulante o a la leche en producción, o también para “humanizar” células u órganos para trasplantas en el hombre.

El éxito en estas manipulaciones no siempre se logra, porque las dificultades de estos experimentos son muchas, debido a la complejidad del “genoma” de los seres vivos o bien a la intervención de varios genes en la biosíntesis, o a la participación de hormonas combinadas con los genes del envejecimiento. Por ejemplo, las hormonas del timo juegan un rol capital en el crecimiento y en el desarrollo del sistema inmunitario individual, pero entre los veinticinco y cuarenta años la timosina deja de producirse y el timo mismo reduce su masa y desaparece. Los estudios muestran que el timo es un regulador del envejecimiento y que su regresión en la edad media de la vida, marca el declinamiento de la capacidad inmunitaria del organismo; estaría también relacionado con la producción de linfocitos T y con las reacciones “anti-yo” que se suelen presentar en la senescencia.

Es posible que en el siglo XXI, se haya analizado el sistema de reparación del ADN: los estudios están programados para dar resultados concretos en veinte años más,

lo cual significa que conoceremos como funciona el sistema de reparación del ADN; las mayores posibilidades de éxito parecen ser los trabajos de laboratorio que se realizan con el DHA (dehidroepiandrosterona) que es una hormona natural que aparece ligada al sistema HLA y que, en las ratas, neutraliza la autoinmunidad, protege al ADN, y prolonga la longevidad. La DHA está en nuestra sangre en concentraciones mayores que cualquier otra hormona pero desciende progresivamente después de los veinticinco a treinta años.

El complejo neuroendocrino está representado, orgánicamente, por el hipotálamo (cerebro) y por varias glándulas endocrinas (hipófisis, suprarrenales, timo, tiroides) que están siendo investigadas porque son productoras de sustancias encéfalo-reativas que sirven de tratamiento en las alteraciones neurológicas y psíquicas de la senescencia. Esta ligazón puede estar en relación con las reacciones psicológicas del individuo frente a su proceso de envejecimiento. La desadaptación mental en la edad senil está muy relacionada con la involución orgánica y con los modos de vida del anciano: el problema mayor del anciano no es añadir más y más años a su vida sino llenar de vida activa la última etapa de su ciclo vital, manteniéndose sano.

A.V. Everitt Y colaboradores presentan el resultado de sus trabajos en un libro (“Hipotálamo, Hipófisis, Pituitaria y Envejecimiento”; Springfield edición, Chas. C. Thomas, 1980), en el cual el rol de la hipófisis, como regulador cronológico del envejecimiento, se hace evidente. Los trabajos de laboratorio con hormonas hipofisarias, inoculadas en las ratas, retardan el envejecimiento, mejoran las funciones del ADN, y mantienen las funciones del sistema inmunitario HLA.

Los estudios sobre los sistemas cerebrales han mostrado que ellos pueden regenerarse y crecer si son trasplantados. Estos estudios de laboratorio tratan de conocer la plasticidad del Sistema Nervioso Central y sus tejidos cerebrales con el objetivo de permitir injertos, trasplantes de cerebro (Science News, 20 y 27-XII-1985).

El paso más decisivo para el conocimiento del proceso de envejecimiento humano es descubrir el mecanismo de la regulación biológica a través de los genes: en el plazo de quince años esto será una realidad en el sentido de que podremos regular nosotros el envejecimiento individual, extendiendo la longevidad media y la longevidad máxima. Los progresos de la biología fundamental y de la neurobiología y de la genética permitirán en el siglo XXI, un retardamiento bastante grande de la vejez que permita ampliar, dentro del ciclo vital nuestro, las etapas de la juventud y de la edad adulta, alcanzando así, a vivir hasta ciento cincuenta años, que parece ser la capacidad vital máxima de la especie humana para cada individuo (lo cual no indica sino una probabilidad frente a los riesgos).

Los equipos de investigación sobre el envejecimiento humano están analizando, desde 1980, todos los factores que pueden intervenir en este proceso además de la intervención central de los genes del envejecimiento. Estos equipos pluridisciplinarios están trabajando en Estados Unidos de Norteamérica, en Gran Bretaña, en Canadá, en Alemania, en Japón, etc., unos dedicados a la genética humana, otros a las hormonas y otros a los factores externos (factores ecológicos, factores ambientales de tipo social y cultural, riesgos de enfermar y de morir, etc.).

Pensando en las últimas investigaciones científicas, iniciadas a partir de 1990, menciono al equipo norteamericano-canadiense (C. Hartley, C. Greider, B. Furber), que ha descubierto que las células de nuestro organismo se desdoblan (o se reproducen) unas 50 veces en nuestra vida y, en cada división, los cromosomas pierden algunos fragmentos de sus extremidades (telómeros) que son excelentes indicadores de la edad de las células. Lo que están investigando ahora es verificar si estos telómeros son simples indicadores o si pueden ser los responsables del envejecimiento.

El mismo equipo está analizando la naturaleza de las llamadas “células inmortales” que han sido identificadas en los cánceres. Estas células secretan un enzima, “telómeras”, capaz de fabricar los fragmentos que faltan a los cromosomas: si se logra bloquear los telómeros se podría transformar los cánceres en tumores benignos, rejuveneciendo las células cancerosas... sin embargo, el problema no es tan sencillo... porque se ha descubierto que la telomerasa no sería el único regulador del envejecimiento humano.

En la Universidad de Dallas, en EE.UU., los investigadores especializados en genética han descubierto, en 1993, dos genes diferentes que han sido llamados “Mortalidad 2” que podrían ser los causantes del envejecimiento de las células de nuestro organismo. El hecho es que, bloqueando la actividad del “gen 1”, se aumenta la longevidad media de las células, en un cultivo, entre 40 % a 100 %. Si se bloquea el “gen 2”, las células devienen inmortales en la misma forma que lo hacen las células cancerosas.

Esta observación es de la mayor importancia: si too se produce como la hipótesis de trabajo lo indica, se estaría en la pista del mecanismo de la regulación del envejecimiento humano y, además, la de posibilidad de descubrir una nueva terapéutica contra los cánceres.

En la Universidad de Colorado, el profesor-investigador Thomas Jonson está trabajando, desde 1992, con “nematodos” que son pequeños vermes que en tres días de vida alcanzan la adultez y luego mueren, con absoluta regularidad, a los veintitrés días, en tal forma que todo parece determinado, en esa especie, por los genes.

El primer gen que ellos identificaron y localizaron en l cromosoma se llamó “aje 1”: bastó inactivarlo (bloquear sus funciones) para prolongar en 110 % la duración de la vida del verme. Un gen “aje 2” fue aislado en 1993, en moscas *Drosophila* y en lauchas.

El profesor Tomás Jonson dice en su carta: “esperamos descubrir todos los genes que acortan la vida humana y luego cómo controlarlos o eliminarlos para que, al final, estos conocimientos se apliquen al Homo Sapiens Sapiens ... esto sucederá en diez años más según nuestro programa de trabajo....”.-

Estos son algunos ejemplos para mostrar cómo los científicos están interesados en los problemas que plantea el envejecimiento humano, desde el punto de vista de la investigación científica y sus aplicaciones prácticas.

Debemos agregar un hecho ya verificado: cada especie viva, a una edad media que le es específica para la especie (capacidad vital genética de la especie), comienza progresivamente a ser más vulnerable (baja de la inmunidad HLA, alteraciones de la

regulación térmica, dificultad de recuperación rápida después del ejercicio, ciertas alteraciones psíquicas, etc.) a los “riesgos” del ambiente externo (riesgos ecológicos, riesgos socioculturales, riesgos económicos, riesgos de enfermar, riesgos de accidentes, riesgos de morir, etc.) hasta quedar semi-inválida sin defensas frente a los riesgos externos.

Se ha calculado que en la situación actual de la Humanidad, el efecto que produce el vivir una “vida sana”, es decir vida sin riesgos, es tan importante que influye notablemente en la producción de una mejor “esperanza de vida”: Las personas que adoptan rigurosamente el “modo de vida sano” alcanzan a aumentar sus años de vida (longevidad) en 30 % a 40 % de la longevidad actual; los que hacen lo contrario, adoptando “modos de vida riesgosos”, pierden años de vivir en relación a la cantidad y calidad de los riesgos.

Lo que afirmo en estas últimas líneas, está basado en el estancamiento de las tasas de mortalidad general y de la esperanza de vida, después de la Segunda Guerra Mundial, en todos los países de la Tierra (OMS, 1990), a consecuencia de la “industrialización incontrolada”) y del “consumismo” desenfrenado en la población humana.

Según se ve en este rápido análisis que he realizado en torno a la causalidad del envejecimiento humano, parecería que, en este siglo XXI se han propuesto muchas hipótesis y muchos factores que intervendrían en este proceso. Lo que a mí me impresiona más en esta situación, no es la cantidad de factores, sino la contradicción entre la gran variación de la causalidad del fenómeno (que supone esta cantidad de factores) y la gran estabilidad del ritmo del ciclo de vida nuestro. En estas condiciones, desde el punto de vista epidemiológico, yo pienso que los factores que realmente intervienen en el proceso de envejecimiento, de longevidad y de muerte, no pueden ser muchos sino que deben ser muy pocos para poder mantener el ritmo del ciclo vital de la especie humana que es rígido, al menos en el caso de la Muerte...

Podemos decir entonces, que el envejecimiento y la longevidad no son enfermedades ni un error en la evolución de la especie; al contrario, es un “proceso natural”, para casi todos los seres vivos. Ellos mueren para que la especie siga viviendo, se reproduzca y varíe... dando lugar a nuevas especies.

Esta misma idea la tenía Heráclito, hace más de 2.500 años atrás: “vivir de la muerte, morir de la vida”.

3.1.2.4.1 El aplazamiento del envejecimiento biológico.

Definitivamente los progresos de la medicina y los avances en el tratamiento de las enfermedades constituyen algunas de las principales causas del aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, de personas que alcanzan edades avanzadas. Si la tecnología moderna ha puesto su granito de arena en la valoración actual de la vejez, también ha introducido una serie de dilemas éticos en torno a la salud de los ancianos que pueden resumirse en el siguiente postulado: ¿es necesario agregar años a la vida o años a la vida? Este es el meollo del debate. “¿Ha de constituir la edad un motivo de diferencias en cuanto a las decisiones a tomar acerca de la atención a los pacientes?”

¿Hasta dónde hemos de llegar por el camino del combate contra la muerte en el casos de los ancianos y seguir extendiendo la duración media de la vida humana?¹⁸

No pretendemos responder aquí a estos cuestionamientos, pero si advertir la complejidad del problema de la salud de los ancianos: no se trata solamente de crear servicios hospitalarios de acuerdo a sus necesidades, ni es solamente educarlos para que colaboren en el cuidado de su salud y bienestar, mucho menos, llenar las aulas de la Universidad que imparten la especialidad geriátrica. En los países más desarrollados científica y técnicamente, la situación y valoración de los ancianos enfermos tiende a complicarse.

3.1.2.4.2 El avance del envejecimiento social.

El desarrollo de las “ciencias del hombre” y el desarrollo del llamado “progreso social material” han profundizado las desigualdades sociales, económicas y culturales, originando un aumento de los niños y de los mayores de sesenta años, siendo las clases sociales altas las más favorecidas, con raras excepciones.

Por “envejecimiento social” entendemos la “pérdida de la capacidad de influencia en el entorno” a causa de la entronización del trabajo (fuente primordial y casi única de valoración social y de ingresos económicos) en la mayoría de las sociedades industrializadas.¹⁹ Se trata de una de las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de la población. Cuando el trabajador es jubilado anticipadamente, quizá se reducen sus ingresos, pero experimenta a la vez una especie de “muerte social” al desvincularse de un oficio e inaugurar forzosamente un nuevo tipo de relaciones sociales y afectivas. Consecuencias para el trabajador, pero también para el sistema de seguridad social estatal, encargado casi siempre de las pensiones. Se afirma que el envejecimiento de la población:²⁰

a) Tiende a bajar el nivel de vida debido a que aumenta la relación de dependencia de las personas ancianas, mientras que disminuye la de los jóvenes. Tal aumento demanda unos costos económicos mayores.

b) Afecta la composición de la fuerza de trabajo, disminuyendo el tamaño relativo de la población económicamente activa.

c) Disminuye la tasa de ahorro, debido a que gran cantidad de personas de edad avanzada viven de los ahorros acumulados y de los servicios prestados por la comunidad. Esto influye también en las medidas de seguridad social, servicios de salud, de recreación y esparcimiento, etc.

Estos y otros efectos de evolución demográfica, ponen en peligro la cohesión social, la solidaridad entre generaciones²¹ y la integración de personas mayores. El

¹⁸ Callahan, Daniel. *Ética, vejez y tecnología*. 1991. Págs. 387-388. El autor cuestiona los límites del progreso médico y propone la realización de tres reformas necesarias en la geriatría para enfrentar los casos difíciles en torno a los ancianos enfermos.

¹⁹ Cfr. Molero, Carlos. *Ancianidad y política social: Razón y fe* (1993). Págs. 363-364.

²⁰ Cfr. Carnivali, Judith. Op. Cit. Pág. 56.

²¹ La multiplicación del número de personas de edad avanzada con ingresos elevados y que no efectúan un trabajo productivo en políticamente peligrosa para la solidaridad social. Puede haber un antagonismo

Estado, garante de seguridad y bienestar social, procurará medir y equilibrar las situaciones, alguna de ellas bastante críticas, pues no se trata sólo de otorgar medidas paliativas o asistencialistas (sobre todo en tiempo de elecciones), sino de distribuir adecuadamente los recursos y las prioridades sociales. Gran reto que no será enfrentado si se carece de instituciones políticas y sociales sólidas y eficaces.

Cuando se pretende hacer pronósticos, es necesario tener en cuenta que el “envejecimiento de nuestro organismo” comienza tempranamente en nuestra vida (veinticinco-treinta años) y luego el proceso se combina, en la edad adulta y en la actividad, con procesos de maduración y desarrollo. De tal manera que el proceso de envejecimiento no es rígido en su cronología, sino que se deja influenciar, para bien o para mal: durante el envejecimiento, ocurren pérdidas y deterioros orgánicos u otros riesgos externos, pero también se despliegan ciertas funciones vitales y psíquicas. La psicología, por ejemplo, analiza determinados procesos que son atribuibles a lo cultural y a los modos de vida de cada cual durante la vejez.

Pero también aparece como evidente que la extensión de la longevidad depende en parte importante de la “calidad de vida” del anciano, de sus “condiciones biológicas y mentales”, de “factores ambientales y ecológicos” del entorno físico, climático y social en el que vivimos...

Pero ninguna de estas consideraciones puede permitirse el declarar, legalmente a la vejez, como el “período de vital de ocio”, del desarraigo social y cultural, en una palabra: del aislamiento y del aburrimiento. Ellos constituyen un período de nuestro ciclo vital y todos debemos pasar por ese período. Lo lógico es buscar la solución para darles los mismos derechos que los otros grupos tienen actualmente: en una obligación humana, legal y solidaria.

El período del trabajo activo y creativo (producción) y la fecha de la jubilación son dos temas candentes y de la mayor importancia para el equilibrio social y económico y para la vida del individuo y de su familia.

El Estado, en general, considera este asunto como si fuera un simple cambio jurídico – legal que se resuelve con el aumento de las cotizaciones de los empleados (obreros, empleados públicos, etc.) y a los “patrones”, en el caso del sector privado. En Francia, 1994, se le retira, para el “Fondo de Solidaridad Social”, alrededor del 40 % del salario bruto; lo cual no impide que una vez al año haya que pagar impuestos individuales por los dineros recibidos por cualquier actividad. Muchos jóvenes piensan que más vale vivir en estado de paro recibiendo un porcentaje del saldo que tenían cuando trabajan.

Sin embargo, como bien dice el Dr. J. Buendía,²² no se trata sólo de dineros a obtener, sino que se trata de algo mucho más grave para todos, y especialmente para el jubilado: privación de la base de una actividad productiva o creadora; privación de una base para la identificación personal; imposibilidad para darle un sentido a la vida

entre los jóvenes, que están a menudo en situaciones precaria debido a sus bajos ingresos, y las personas y las personas de edad avanzada que no trabajan y que viven mucho mejor que ellos. Cfr. Chesnais, Jean Claude. *El proceso de envejecimiento de la población*. Celade. Santiago de Chile. 1990. Pág. 84.

²² Psicólogo y profesor de la Universidad de Murcia. Cfr. San Martín, Hernán. *Envejecimiento Individual y de la Población*. España. 1994.

individual. Según se ve, el trabajo es, para el ser humano, el medio más importante para la integración social, cultural, económica y psicosocial y psico-cultural; es la única fórmula para participar en la producción y en el consumo social, es decir, para la integración.

En estas condiciones, las “jubilaciones obligatorias” (por años de vida y /o por años de trabajo) que se imponen en las sociedades actuales, es una “política segregativa y arbitraria” del Estado: ¿quién puede decidir a qué edad debo yo dejar de trabajar? ¿Quién puede determinar la fecha en la que seré física y /o mentalmente inepto para el trabajo?

Hoy día se parte de bases falsas: es un error pensar que el envejecimiento es siempre invalidante, física o mentalmente. Estos trastornos suceden en la misma forma y cantidad que en la edad activa. El presidente de Francia tiene setenta y ocho años y está en su segundo septenario, ¿Por qué se le exime de la jubilación y a nosotros no?

Lo lógico sería cambiar el sistema actual, en todos los países, de tal modo que la jubilación suceda cuando realmente la persona, hombre o mujer, está incapacitada física y /o psíquicamente, para el trabajo. Un examen completo de la persona sería más serio que un simple decreto. La gente cree que el envejecimiento es el derrumbe total del organismo humano y que lo que más se afecta es el cerebro. Hay viejos sabios y hay viejos ignorantes, hay viejos inteligentes y hay viejos tontos; la sabiduría y la inteligencia tienen que ver con las características de la persona, no con su edad, por lo tanto, un viejo tonto siempre ha sido así, desde joven; cada cual envejece según cómo ha vivido.

El medir el estado de salud, la capacidad funcional del organismo y la calidad de vida que lleva el anciano, son indispensables en un plan de atención en gerontología.

En los temas o problemas gerontológicos, la “generalización” no es un factor de “riesgo” que atente contra la rigurosidad científica, al contrario, en los estudios masivos, como en las epidemias, se muestran tendencias que orientan al diagnóstico. Quiero decir que el estudio individual del envejecimiento no se opone al análisis del envejecimiento en la población total, al contrario se complementan.

3.1.2.4.3 El “ageísmo” en una sociedad tecnocrática y utilitarista.

El gerontólogo norteamericano Robert Butler (en su libro *Why Survive: Being Old in America*) acuñó el término “ageism” (en español es menos despectivo “ageísmo” que “viejísimo”) para describir “el proceso de estereotipar y discriminar sistemáticamente a la gente por ser vieja, anciana”.²³ Butler equipara este proceso con lo que el racismo o sexismo pueden lograr en la discriminación de las personas.

En efecto, tras el fenómeno demográfico del “papy-boom” se han creado una serie de estereotipos negativos, que no son más que un signo de desprecio y rechazo a los ancianos. La imagen que tiene la sociedad de ellos es generalmente negativa o discriminadora, y esto afecta la autoimagen de los miembros de este grupo poblacional. No se les ofrece ni respeto, ni cariño ni oportunidades, y los mismos ancianos tratan de

²³ Cfr. Sánchez, Carmen. Op. Cit. Pág. 33.

asimilar esta realidad alejándose, reprimiéndose y aceptando inconscientemente los estereotipos que la cultura les impone.²⁴

Crear que esta etapa de la vida es totalmente negativa y decadente es el estereotipo más lamentable en una sociedad que encumbra la juventud y consagra el culto a la técnica, negando a sus viejos cualquier rol de utilidad. El viejo, y más si carece de recursos, es un sujeto irrelevante en el ámbito profesional, un ser débil y susceptible de ser ignorado en la calle y, lo más triste, en estorbo para la familia. Indudablemente existen excepciones, pero la mayoría de los sociólogos de los países desarrollados coinciden en la aceptación de este negro panorama.

Víctor Alba, de la Universidad de Kent, escribe (1994): “hoy, la vejez viene determinada por decisiones legales, sin tener en cuenta la capacidad individual para seguir siendo productivo y con absoluta indiferencia burocrática por las características personales de cada persona que el sistema declara oficialmente “viejo o vieja” ...” de esta forma, la vida, a los sesenta años o a los sesenta y cinco, puede perder todo sentido para los “laureados” y puede perder también los probables sesenta y cinco años más de vida que nuestra especie le ofrece (si todo sucediera como se piensa).

Los viejos procedimientos (asilos para ancianos) deben desaparecer: deben ponerse al día en los conocimientos sobre el envejecimiento humano. Este lo conocemos en parte: sabemos de la intervención de genes que controlan la “capacidad vital de la especie”, pero también sabemos que la supervivencia del Homo Sapiens depende también del “modo de vida” de cada uno de nosotros, del “ambiente” en que vivimos y de los “riesgos” riesgos que existen en ese ambiente.

Es evidente, como lo demuestran la Demografía y la Epidemiología,²⁵ que la población viva del mundo no está expuesta a los mismos riesgos (calidad y cantidad) y que las poblaciones en la Tierra no son homogéneas sino que tienen diversas culturas, variadas tradiciones, grandes desigualdades económicas y sociales, etcétera, todos factores muy relacionados con el ambiente ecológico, con la calidad de la vida, con los modos de vida, etc., y con los riesgos de enfermar y de morir.

En Demografía, la “población” es un conjunto renovado de seres humanos, de animales, de plantas, todos los seres vivos.

La noción de población humana implica algunas otras características:

- Un componente cuantitativo: cantidad de individuos de la misma especie;
- Un componente cualitativo: composición de la población por edad, sexo, etcétera;
- Un componente genético: por especies vivas y modos de reproducción;
- Un componente geográfico: superficie y límites del hábitat;
- Un componente climático;
- Un componente tiempo: período de vida de la población; dinámica de la población; natalidad, migraciones, mortalidad, esperanza de vida, etc.,

²⁴ Los estereotipos de la vejez más sobresalientes: a) La vejez y la enfermedad van juntas de la mano; b) Los viejos se sienten miserables y la mejor forma de adaptación es el aislamiento de la vida social; c) No son productivos; d) No son creativos y no tienen capacidad de aprender; e) Son tontos y cascarrabias f) La vivienda de su sexualidad no es plena.

²⁵ San Martín, H. *Epidemiología de la Vejez*. Ed. Inter-Americana-McGraw Hill. Madrid. 1998.

- Un componente social, cultural, económico, etc.

Según se ve en esta noción de “población humana” existen muchos factores que se han de considerar y no sólo la participación de los genes nuestros, en nuestras vidas; existen también la “esperanza de vivir en salud”,²⁶ la “esperanza de vida”,²⁷ la “esperanza de vida autónoma”,²⁸ la “esperanza de vida al nacer”.

¿Para qué vivir más años de edad si lo más probable es que, después de los setenta años, seamos inválidos o semi-inválidos, en todo caso, incapaces de ser autónomos?

La “esperanza de vivir en salud”, para la población humana actual, no crece tanto como lo hace la “esperanza de vida general” y ésta es la causa del aumento de los ancianos inválidos (mayores de sesenta y cinco años). En Francia, por ejemplo, en relación a 1970, la población de ancianos inválidos será duplicada en el año 2000, produciendo graves trastornos económicos en los Seguros Sociales que entrarán en desequilibrios financieros.

En este país, las mujeres tienen una “esperanza de vida”, a los sesenta años, de veintidós años y los hombres de dieciséis años, debido a sus “modos de vida” y a los “riesgos” a que se exponen.

La “esperanza de vida” puede, entonces, calcularse para todas las edades de la vida (usando la “tabla de mortalidad” real de la población que se analiza): años que quedan por vivir a partir de una edad dada. La “esperanza de vida al nacer” corresponde a la “vida media” (sin valor predictivo).

Lo que nos abrumaba, y nos impedía ser el 100% optimistas, al medir la eficacia de los “Servicios de Salud”, era la casi imposibilidad real de lograr el envejecimiento de las comunidades en estado de Salud completo y de autonomía total, como tampoco el de contar con los recursos económicos para mantener el ambiente ecológico sano de todo riesgo. A pesar de los avances de la medicina y de la epidemiología, aún no podemos controlar el estado de salud de la comunidad ni la eliminación de los “riesgos” ambientales y los cambios de “modos de vida” de las sociedades humanas que influyen la producción de riesgos y de la morbilidad general.

En los países más desarrollados materialmente (ciencia, tecnología, economía, etc.), a pesar del avance de las ciencias biológicas y médicas, sucede que tres grupos de riesgos (enfermedades, accidentes, intoxicaciones) producen el 70 % de las muertes totales: enfermedades cardiovasculares, cánceres, accidentes de todo tipo. Lo cual indica que los riesgos no son muy variados, pero sí están presentes constantemente y desde el comienzo de nuestras vidas hasta la muerte.

Yo pienso que la lucha por un envejecimiento sano y autónomo debe comenzar desde el nacimiento y esta lucha debe ser educativa (conocimiento biológico – mental del hombre, proceso – ecológico, alimentación, gimnasia permanente, educación para la

²⁶ Esperanza de vivir en salud: Envejecimiento en estado de salud normal.

²⁷ Esperanza de vida: el número promedio, obtenido de una tabla de mortalidad real de la población, de años que quedan por vivir a partir de una edad dada; puede ser al nacer o en edad de vida (por años).

²⁸ Frecuencia de invalidez o de incapacidad física y/o mental (autonomía).

salud y prevención de riesgos ambientales y sociales). No olvidar que el envejecimiento comienza alrededor de los veinticinco a treinta años y dura toda la vida; por esto mismo, la lucha por una longevidad sana y activa debe comenzar precozmente en la familia y en la escuela, desbordando largamente a la medicina clínica que llega siempre atrasada para prevenir y para eliminar riesgos. En realidad, la función de la medicina clínica no es eliminar los riesgos del ambiente y /o modos de vida que son arriesgados, sino el de curar las enfermedades que sufre el Homo Sapiens.

Está claro que el problema del envejecimiento (aumento de la población mayor de sesenta y cinco años) no es sólo demográfico sino que también cuesta a los países el mantenimiento sano de la población envejecida e inactiva. Por ejemplo, en EE.UU., el costo total de los Servicios Médicos a los mayores de sesenta y cinco años es más del 50 % de costo total de los Servicios de Salud o de enfermedad en ese país. Llega un momento (porque los “riesgos” van en aumento a causa del llamado “progreso social”), en el que no alcanza el presupuesto nacional a soportar el gasto; mientras tanto, la medicina y la cirugía fabrican sobrevivientes artificiales y caros seleccionados en los grupos más ricos.

3.1.3 La deshumanización en torno a la ancianidad en América Latina.

Ya habíamos comentado que el envejecimiento es un proceso heterogéneo situado en las diferentes culturas, épocas y clases sociales. Al detenernos ahora a examinar el proceso vivido en el Continente Latinoamericano, efectivamente descubrimos que este fenómeno padece de la misma desigualdad económica y social que divide al mundo en países desarrollados y países en desarrollo. Envejecen distintos un sueco, un cubano y un africano. Cada uno de ellos se enfrenta con una determinada valoración social de su proceso, cada uno de ellos envejece tarde o prematuramente. No es lo mismo 60 años en un país desarrollado, que 60 años en un país africano pobre.

En un continente marcado por enormes contrastes debido sobre todo a la desigualdad de las condiciones económicas y sociales, tanto el envejecimiento individual como el social son realidades plurales y deshumanizantes. Rostros de ancianos marginados por el progreso a causa de su escasa productividad, desubicados socialmente y en situación de total abandono, “rostros envejecidos por el tiempo y el trabajo de los que no tienen los mismo para sobrevivir dignamente”.

Al bajo índice de las tasas de natalidad y mortalidad, al aumento de la esperanza de vida propiciada por los avances tecnológicos y al creciente fenómeno migratorio, agreguemos la pobreza y exclusión, como fenómenos típicos de las naciones que no se han dado cuenta (y si lo saben no atacan de frente los problemas) de la ambivalencia que representa el progreso. Veamos algunos datos sobresalientes de la realidad.

3.1.3.1 Aspectos demográficos.

A los problemas eternos de la deuda externa, de la lucha por conseguir la democracia, de la corrupción, de la violencia y la guerrilla, etc., los países de América Latina deben añadir que poseen un gran número de ancianos. Las estimaciones más recientes indican que en la actualidad hay cerca de 36 millones de personas mayores y

se proyecta que en el primer cuarto de siglo XXI esta cifra se duplicará. Es probable que en el año 2025 una de cada cuatro personas tendrá 75 y más años.²⁹ Aún cuando se trata de un proceso relativamente reciente (salvo en Argentina y Uruguay), tiende a generalizarse y a confirmar una tendencia histórica que parece inevitable a medida que los países avanzan en su proceso de transición demográfica.³⁰

En esta parte del planeta se está produciendo un aumento sostenido y explosivo de este grupo poblacional. ¿Están los países preparados para enfrentar esta transición demográfica? El fenómeno del envejecimiento en Latinoamérica es una nueva experiencia que se produce aceleradamente y para el que se están preparando los países muy lentamente.

3.1.3.2 Envejecer en América Latina: principales problemas.

Las consecuencias concretas del envejecimiento sobre la sociedad, y viceversa, dependen de la estructura social y económica de cada país y en las condiciones en las que la mayoría de la población llegue a la tercera edad. Destacamos brevemente algunos elementos comunes, aceptando los límites que por su brevedad conlleva este análisis.

a) Ámbito individual.

Uno de los problemas de los que se tiene poca conciencia es el de la imposición de patrones de conducta de los ancianos y ancianas. Ellos tienen que ser bondadosos, sumisos, obedientes, limitarse a lo establecido por la sociedad y la cultura... “Al llegar a la vejez los valores tan difundidos por la sociedad parecen esfumarse; los derechos democráticos parecen retroceder, y en su lugar pasan a estar en vigor la sumisión y la obediencia a nuevas normas”.³¹ Se envejece de acuerdo a un destino predeterminado socialmente, y en numerosas ocasiones detrás de las políticas asistencialistas o piadosas en pro de los ancianos se esconden proyectos deshumanizantes.

b) Ámbito socioeconómico.

Señalamos primeramente una cuestión fundamental: “el aumento de la proporción de personas que alcanzan edades avanzadas ha venido acompañado de un aumento de las personas que viven en condiciones de pobreza”.³² Fenómeno atribuido a

²⁹ Cfr. Becerra, Susana. *La tercera edad en Cuba: Justicia y Paz* 30 (1993). Pág. 14.

³⁰ Schkolnik, Susan. El envejecimiento de la población de América Latina (1950-2025), en Chesnais, J.C. Op. Cit. Pág. 105. Sobre la situación concreta de un país sudamericano véase: Verdadera, Francisco. *La población en edad avanzada en el Perú: situación actual y perspectiva*: (1999). Págs. 28-44.

³¹ Gabera, Ivonne. *Religión, cultura y envejecimiento: un punto de vista Latinoamericano*: (1991) Págs. 482-483. La autora profundiza un factor sociológico interesante aplicado a los ancianos: el problema de la introyección de la marginalidad, es decir, la constitución de una conciencia personal y colectiva de “ser menos”. Para ella, los ancianos elaboran de sí mismo esta imagen y refuerzan el statu quo querido por los amos del poder dominante.

³² “En América Latina existe una necesidad muy grande de comprender más a fondo la relación entre los cambios en la composición de la población por edad y los distintos aspectos del desarrollo socioeconómico”. Cfr. Onucelade, Cepal. *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*. Santiago de Chile. 1997. Pág. 30.

los abusos socioeconómicos que han caracterizado el modelo de desarrollo de muchos países de esta región, del cual se derivan las siguientes consecuencias:

a) Personas ancianas en condiciones difíciles de vivienda, con poca protección social y un bajo poder adquisitivo.³³

b) Personas ancianas empobrecidas³⁴ y enfermos crónicos que carecen de una atención eficaz y rápida.

c) Personas ancianas jubiladas que generalmente deben dejar sus responsabilidades laborales y pasan a depender, en gran parte, de la familia o del Estado con el consiguiente cambio en sus condiciones de vida y de inserción social.³⁵

d) Personas ancianas emigrantes o afectadas por la migración de sus familiares a causa de la necesidad económica.³⁶

Antes, a la mayoría de los pobres la muerte les resolvía el problema de la vejez. Hoy, las cosas han cambiado. Parafraseando a I. Guevara, tratar hoy el problema del envejecimiento en América Latina es tocar la vieja llaga (de un sistema político-económico neoliberal insaciable) presente en el conjunto de la sociedad: la ausencia de condiciones de vida dignas que afecta a la gran mayoría de la población.³⁷

c) Ámbito familiar.

En América Latina tradicionalmente sigue siendo la principal proveedora del apoyo social y económico requerido por sus miembros ancianos.³⁸ La falta de una tradición institucional y comunitaria de cuidado de las personas de edades mayores (a causa de la escasa significación que tienen en la población total y por la reducida cobertura de la seguridad social) ha ocasionado que la familia sea la entidad responsable

³³ La insuficiencia de cobertura de los sistemas de seguridad social es quizás es efecto más grave en América Latina Cfr. Ibidem. Pág. 27.

³⁴ Porque realmente la pobreza es el mayor factor de riesgo de mala salud (y de falta de atención médica especializada) entre las personas de edad. Cfr. Ibidem. Pág. 14.

³⁵ A pesar de la obligatoriedad de la jubilación (reflejo de un escaso dinamismo en la creación de nuevos puestos de trabajo, la persistencia de altos niveles de desempleo y el elevado grado de subutilización de la mano de obra), se observa en América Latina una alta proporción de personas de edad avanzada incorporadas en el mundo del trabajo. La necesidad de obtener un ingreso para costear la subsistencia hace que el trabajo en edades avanzadas se convierta en una obligación. Cfr. Ibidem. Págs. 10-11.

³⁶ La inmigración de adultos jóvenes ha convertido a muchas zonas rurales en lugares de residencia de ancianos que no reciben el apoyo necesario para asegurar su supervivencia. Por otro lado, buena parte de esta población que vive en las ciudades está formada por antiguos inmigrantes que dejaron en sus lugares de origen a parientes y amigos. Distanciamiento que trae como consecuencia hogares separados, soledad y desprotección. Cfr. Ibidem. Pág. 15. En relación a las alternativas de vida de los ancianos en un contexto de pobreza urbana, véase: Redondo, Nelida. *Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos*. Humanitas. Buenos Aires. 1990. Págs. 9-31.

³⁷ Cfr. Gebara, Ivonne. Op. Cit. Pág. 481.

³⁸ De los estudios realizados sobre la composición familiar se deduce que la mayoría de las personas de 60 años y más viven en unidades familiares extendidas y complejas que constan de los miembros que pertenecen a más de una unidad conyugal (una pareja más vieja, un hijo casado y nietos). Aproximadamente un 25% de las personas mayores viven en unidades familiares simples (una pareja casada o una persona soltera viviendo con hijos solteros). Y entre el 7 y el 16% viven solos. Cfr. Morales, Fernando. *Envejecimiento y Salud*. 1998. Pág. 49.

de su integración y cuidado. Por tanto, el cuidado de los ancianos en instituciones especializadas, públicas o privadas, no es todavía una medida generalizada en América Latina.

Pero en el ambiente familiar se generan ciertas tensiones, producidas sobre todo por los cambios socioeconómicos que han alterado los valores culturales tradicionales referidos a la apreciación de la ancianidad. Así encontramos:

a) Hogares multigeneracionales con relaciones tensas entre sus miembros, carencias económicas y falta de protección médica y de cuidados especiales a las personas de edad avanzada.³⁹

b) Hogares unipersonales de ancianos, que se hacen visibles entre los estratos medios y altos del ámbito urbano.

Estas y otras muchas razones convierten el fortalecimiento de la estructura familiar y el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos en sus necesidades prioritarias.

d) Ámbito cultural

Al igual que en Estados Unidos y Europa, en América Latina también se idealizan e idolatran los valores de la juventud, del consumismo y de la búsqueda del lucro. Los espacios vitales se restringen y, lamentablemente los ancianos empiezan a perder terreno quedándose callados y aceptando los patrones establecidos. “Envejecer en América Latina es verse continuamente confrontados con los valores jóvenes impuestos por los medios de comunicación a toda la población. Los viejos son muchas veces objeto de burla por representar una especie de raza en atraso cultural y en poca forma atlética”.⁴⁰

El sistema de creencias y la cultura de la ancianidad en otros continentes como Asia y África son muy distintos. Por ejemplo, entre los asiáticos, dada la importancia que le atribuye a la familia, a las tradiciones y al alto culto de los antepasados, se mira al viejo como depositario de la sabiduría ancestral confiriéndole un papel y un estatuto que garantiza su utilidad social. Esto produce seguridad emocional ante los cambios perturbadores que trae consigo el envejecimiento.⁴¹

En el continente Americano, influenciado por la modernidad, ocurre todo lo contrario (excepto en algunos grupos autóctonos): aún no se establece las bases para una

³⁹ Situación que tiende a expandirse por la mayor participación de las mujeres en la actividad económica. Aunado a esto, está la situación de las mujeres ancianas pobres (en su mayoría viudas) que continúan siendo (jefas de familia): cuidan de los nietos, trabajan fuera de casa, realizan obras domésticas casi gratuitas, etc. Cfr. Gebara, Ivonne. Op. Cit. Pág. 478.

⁴⁰ Ibidem. Pag. 479.

⁴¹ Cfr. Mananzan, Mary John. *Religión, cultura y vejez: perspectivas en Asia*. 1991. Pág. 473. En África, la situación es similar: que una persona se retire de la vida pública no significa pasividad y rechazo de la participación activa de la vida social, se pasa a un segundo y término para poder iniciar mejor a otros. El anciano no queda derrocado y el seguidor no es un triunfador, sino alguien que quiere conocer mejor el misterio de la vida para poder ser eslabón correcto entre los antepasados y la sociedad terrena a la que representa. Cfr. Bujo, Benezet. *Ética y envejecimiento en África*. 1991. Pág. 498.

“cultura de la ancianidad” con el fin de dignificar, valorar y reincorporar socialmente a los ancianos.

3.1.3.3 El anciano en México.

En México, los adultos mayores han aumentado considerablemente en los últimos años. De representar en 1940 alrededor del 5.5% de la población, para 1990 aumentaron a 6.1%, durante 1996 a 6.4%, y se espera que para el año 2020 cubrirán bien el 11.6% de la población nacional.⁴² Además, su distribución en los estados de nuestro país no es homogénea (la mayor parte de ellos se concentran en las grandes ciudades: Distrito Federal, Guadalajara, Veracruz y Puebla).

¿Cuáles son las causas del envejecimiento en nuestro país? Sin duda, coincidimos con otras naciones: descenso de la mortalidad y natalidad, aumento de la esperanza de vida.⁴³ Migración constante, acciones a favor de la salud, alicientes para una descendencia menor, mejores oportunidades de vida y bienestar, etc. Causas que responden a las transformaciones políticas, sociales, económicas y culturales de nuestro entorno, y a partir de las cuales se tienen que modelar nuevas políticas a favor de los distintos grupos de edades.⁴⁴

¿Y las consecuencias? “Los problemas que padecen los adultos mayores en México tienen que ver con las condiciones materiales de existencia y con la concepción ideológica que va elaborando la sociedad en torno al papel que desempeñan”.⁴⁵ Se han creado instituciones para atender las necesidades más urgentes (INSEN, DIF), y no obstante los programas y proyectos, tales organizaciones han sido rebasadas por los problemas y las carencias de este grupo de edad, además su cobertura ha tenido un carácter estratificado y fragmentario aunque se difieran sus derechos, se les otorguen facilidades económicas en el transporte, diversión y actividades culturales, todavía no se ha concientizado a la sociedad para que conozca y comprenda el significado de esta etapa de la vida y para que en los momentos difíciles ayude a los ancianos a asumir su dolor y las contradicciones en las que viven y mostrarles todas las dimensiones de posible crecimiento. La cantidad y el valor que representan los adultos mayores ¿nos está encaminando como país hacia una cultura de la ancianidad?, ¿es suficiente cederles el asiento o cobrarles menos en el transporte?

⁴² INEGI, la tercera edad en México (XI Censo general de la población y vivienda 1990). México. 1993. Págs. 1-5. Cfr. Partida, Virgilio. Perspectiva demográfica del envejecimiento en México, en R. Tuirán (coord.). *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*. CONAPO. México. 2001. Págs. 25-39

⁴³ Cfr. Lozano, Rafael; Frenk, Julio. Aspectos Sociomédicos del envejecimiento en México; y Garrido Francisco Ramírez, Dolores; Gómez, Héctor. Epidemiología del Envejecimiento en México. Págs. 295-277. Ambos en H. Aréchiga-M. Cerejudo (coord.). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. Edit. Siglo XXI. México 1999. Pág. 95.

⁴⁴ La situación demográfica de nuestro país no debe alarmarnos pero si prepararnos. Los especialistas prevén que para el 2030 México estará en una extraordinario posición: con posibilidades de librar el problema tradicional de los países de nuevo desarrollo (educación y sostenimiento de una población joven) y sin llegar todavía al problema de los países viejos (gran carga de población adulta no productiva que exige servicios especiales). Pero la gran presión poblacional estará dada por la generación de empleos, situación en la cual no se ha tenido mucho éxito (para el 2030 México requerirá alrededor de 60 millones de empleos, más del doble de los que hoy existen). Cfr. Schettino Macario. *Propuestas para elegir un futuro México en el Siglo XXI*. Edit. Océano. México. 2000. Págs. 106-112.

⁴⁵ García, Julia. *Problemas y derechos de los ancianos: justicia y paz*. (1995). Págs. 5-30.

a) Salud y pobreza.

Ante la dimensión de las enfermedades transmisibles y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas (para las cuales los costos de atención son más elevados), que padecen un gran número de adultos mayores, el sistema de salud en México aun no está debidamente preparado. En investigaciones recientes, se ha encontrado que el 65% de la población del adulto mayor presenta delicadas afecciones físicas, entre las que predominan las del sistema nervioso; más del 45% padecen depresión de leve a moderada, debido principalmente a factores de índole socioeconómico.⁴⁶ Por el tipo de enfermedades, por el bajo nivel de ingresos y las dificultades para acceder a los servicios de salud (exageradamente burocratizados) el ciclo enfermedad-pobreza-enfermedad se presenta con frecuencia en nuestro país.⁴⁷

Cuando en la familia de escasos recursos económicos uno de sus miembros padece de una enfermedad de larga duración, la economía doméstica tiembla y existe el riesgo de perder la capacidad de consumo de los satisfactores básicos.⁴⁸ La familia experimenta una crisis multifacética. ¿Cuál es el aporte de otras instituciones?

b) Seguridad social.

La actuación de la seguridad social en sus distintas instituciones ha tenido un gran impacto en el mejoramiento de la salud y el bienestar de la sociedad mexicana, pero en algunos aspectos, como es el caso de la protección a la vejez, ha sido incompleta. Oficialmente se otorgan jubilaciones de retiro en razón de la disminución de la capacidad para el trabajo y otro tipo de pensiones. Sin embargo:⁴⁹

- Más de la mitad de la población económicamente activa en México no está afiliada a alguna institución que le permita jubilarse (sobre todo los grupos más débiles que no cotizan para las instituciones: desempleados, trabajadores rurales, indígenas⁵⁰ y del sector informal).

⁴⁶ Cfr. Galindo, Sabino. *Presente y futuro del anciano: signo de los tiempos*: (2001). Págs. 4-88.

⁴⁷ De los casi 7 millones de adultos mayores que habitan en el país, sólo un 30% son derechohabientes de alguna institución de seguridad social y el resto resuelve sus problemas de salud acudiendo a la asistencia pública, a la medicina privada, con la cual una gran proporción de ellos se limitan a atenderse problemas de salud de bajo costo y relativamente de corta duración, pues sus ingresos no les permiten ir más allá. Cfr. Lozano, Rafael; Frenk, Julio. Op. Cit. Pág. 108; Ham Chande, Roberto. Conceptos y significado del envejecimiento en las políticas de población y Domínguez Octaviano. Coordinación de atención en el envejecimiento, en R. Tuirán (coord.). Op. Cit. Págs. 42-53 y 279-285.

⁴⁸ Hay un sector de "hogares envejecidos": aquellos que se encuentran en una etapa avanzada del ciclo de vida doméstico, en que los ancianos quedan al frente de la economía familiar y, frecuentemente, sin contar con contribuciones monetarias de otros miembros. Cfr. Rubalcaba, Rosa María. Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares, en R. Tuirán (coord.). Op. Cit. Pág. 133.

⁴⁹ Cfr. CONAPO. *La población en las edades avanzadas*. México. 2001. Págs. 130-131.

⁵⁰ Los ancianos indígenas los más vulnerables: no tienen seguridad social, no tienen una pensión, no están en condiciones de obtener un ingreso fijo o remunerador y ni siquiera cuentan con asilos o servicios sociales básicos. Cfr. Reyes, Laureano. El contexto cultural y económico del envejecimiento. El caso de los Zoques de Chiapas, en R. Tuirán (coord.). Op. Cit. Págs. 87-108; Romo, Pablo. *Los moletik y sus derechos: justicia y paz*. (1998). Págs. 17-20.

- Además, las pensiones que otorga la seguridad social han sido insuficientes para cubrir las necesidades básicas. Este recurso muchas veces es el principal ingreso no sólo del adulto mayor, sino que también el de su familia.
- Falta de orientación e información legal que le permita a los adultos mayores defender su derecho a una pensión.

Esto indica que desde el punto de vista distributivo, la estructura de la seguridad social en nuestro país tiene serias deficiencias aparte, ha experimentado insuficiencias de recursos y déficit económico que minan su capacidad de respuesta. Disposiciones gubernamentales como el establecimiento de las “AFORES”, son medidas que pretenden que el sistema de seguridad social sea más justo y más equitativo. Al menos eso es lo que teóricamente se pretende.

c) Familia.

Con la entrada en escena del modelo “nuclear conyugal” de familia (que sustituye al modelo de “familia extensa” influenciada por la urbanización, el cambio de valores tradicionales y culturales, se tiene la tendencia a considerar a los ancianos como una carga y a excluirlos; en ocasiones muy sutilmente. Cuando el Estado no responde a los problemas del envejecimiento éstos, naturalmente, se trasladan al seno familiar, donde se experimentan una serie de exigencias que afectan a la persona mayor y a los demás integrantes, particularmente a las mujeres, aunque la discriminación en los hogares mexicanos es más terrible con los hombres ancianos.⁵¹

Al analizar algunos rasgos de la situación poblacional del mundo y, particularmente de nuestro país, vemos que ha iniciado un proceso inevitable e irreversible de envejecimiento. Si bien, el panorama demográfico medido científicamente con alto grado de certeza y confianza, no es muy alarmante, dentro de poco lo será y sin medidas de análisis y prevención a corto, mediano y largo plazo, las consecuencias serán lamentables. De hecho, es un problema que ya empieza a prefigurarse: adultos mayores con un alto porcentaje de desempleo, con discapacidades fisiológicas, padecimientos y afecciones sin atenderse debidamente, además, inmersos en una dinámica sociofamiliar cambiante que los excluye y discrimina. Diagnóstico final: no estamos preparados para enfrentar este fenómeno mundial.

Para responder al reto de la transición demográfica en México será necesario iniciar otro tipo de transición: la de las instituciones, las políticas de gobierno, los presupuestos, la legislación... Un cambio hacia la recuperación de la conciencia social de la vejez que ayude a entender su significado, atender su problemática y promover su dignidad.

⁵¹ Cfr. Torres, Jesús. *¿Dónde quedó el sabio mayor?: signo de los tiempos.* (1999). Págs. 11-88.

3.2 Conceptualización para el estudio del envejecimiento.

¿Qué significa ser viejo en nuestra sociedad?, ¿quién es viejo?, ¿aquellos hombres y mujeres caracterizados por el deterioro y la decadencia?, ¿es la vejez un estado de ánimo o un estado físico?

Los datos histórico-demográficos que hemos expuesto anteriormente nos muestra un panorama alarmante y de discriminación. En el mundo Occidental predomina un lenguaje vago y peyorativo en torno a esta etapa de la vida, y estamos seguros que muy pronto, a causa de la globalización y de otros factores propios de la modernidad se va a extender a otros ambientes. ¿A caso la vejez no tiene aspectos positivos de crecimiento de vida?

A través de los siglos se han generado distintas concepciones acerca de la vejez. Cada cultura constituye ideas, establece conceptos y valora los acontecimientos de acuerdo a una determinada ideología o cosmovisión propia. Por eso, el inicio de la vejez, su importancia e influencia en las relaciones sociales, varían de una sociedad a otra y de un grupo a otro.

Antes de iniciar un recorrido científico y serio que nos permita descifrar los factores sociales de esta etapa de la vida es necesario ponernos de acuerdo en torno al origen de los conceptos y teorías que se han formulado recientemente y que han sido recogidos por especialistas en la materia.

3.2.1 Sentido y significado de la vejez.

De entrada, si queremos definir el concepto de vejez, nos encontramos con una gran cantidad de sinónimos que originan una confusión conceptual: ancianidad, senilidad, senectud, tercera y cuarta edad... Conceptos marcados por factores socioculturales que es aventurado mencionar, y dada su variedad y complejidad, lo cual implicaría más nuestra comprensión.

Vemos necesario elegir un concepto que defina y comprenda integralmente al ser humano envejeciente y envejecido. Para ello, es preciso tener en cuenta los siguientes elementos.

3.2.1.1 Características fundamentales del envejecimiento humano.

a) Proceso dinámico y evolutivo.

El término “envejecimiento” lo entendemos como un proceso humano progresivo e irreversible de crecimiento deterioro (que en la opinión de la mayoría, inicia desde el momento del nacimiento, cuando la tasa de crecimiento celular comienza a descender o incluso desde la concepción), de constante tensión entre elementos endógenos y exógenos que limitan y potencian la vida del hombre. Insisto en este aspecto: es desarrollo y no sólo decadencia. El envejecimiento como un proceso está insertado en la dinámica de la vida, pues ésta es un proceso personal que empieza a

nacer y que se desarrolla hacia un final (muerte) con la tarea de crecer y desarrollarnos integralmente.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento es un reto, una tarea existencial que consiste en aceptar las limitaciones y posibilidades del proceso, asumir la adaptación a un entorno vivo y cambiante, en una palabra, en enfrentar las situaciones cambiantes y “tratar de crecer disminuyendo”.⁵² En consecuencia, tenemos un punto de referencia más claro para entender la vejez, última fase del ciclo de la vida y resultado de este proceso.

b) Experiencia personal-contextual.

¿En qué consiste la experiencia de ser anciano? Una de las formas más completas de acercarnos a la vejez es considerarla como una realidad existencial. Acercarnos a la persona que está envejeciendo desde su experiencia concreta y diferenciada es el modo más científico de abordar este proceso humano. La cuestión está en saber cuándo empieza la vejez a convertirse en una experiencia. Este es uno de los objetivos de la gerontología:

“Sólo conociendo primero cómo los viejos se ven a sí mismos, cómo ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, podemos aspirar a moldear un presente y un futuro significativos para ellos y para los que serán viejos después de ellos”.⁵³

Por otro lado, esta experiencia, se entiende desde el entorno o contexto cambiante donde el individuo vive su proceso de envejecimiento. De los cambios que padece el individuo envejeciente, algunos son inherentes al envejecer (sobre todo los orgánicos) y otros son resultado de la interacción con factores externos. Definitivamente es complicado descubrir con exactitud el origen de los cambios que se van dando a través del tiempo. Los gerontólogos, suelen referirse a este problema cuando hablan del: “principio de incertidumbre”.

c) Realidad multifactorial.

En el envejecimiento intervienen diversos factores relacionados entre sí que implican un cambio evolutivo o involutivo. Pueden considerarse desde los siguientes puntos de vista:

1) Biológico.

La edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico, el cual es “diferencial” (ocurre a ritmos distintos en diferentes órganos y funciones, por tanto, no ocurre en todos los individuos de igual forma ni al mismo

⁵² Cfr. Coll, Pilar. “... y en la vejez seguirán dando fruto”. 1996. Págs. 86-87.

⁵³ Laroest, Jacques. *Introducción a la gerontología*. Herder. Barcelona. 1991. Pág. 41.

tiempo), “multiforme” (se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico), “estructura” y “funcional”.⁵⁴

El envejecimiento como proceso biológico mutable asume formas específicas determinadas por el modo como se relaciona el hombre con la naturaleza y por su estilo de vida. No envejecen igual un minero o un oficinista de un país capitalista. Por eso, algunos distinguen entre envejecimiento normal y envejecimiento patológico. En el primer caso, se envejece por cambios inevitables en el detrimento de la persona relacionados con el tiempo, independientemente del estrés, los traumas o las enfermedades; manteniéndose cierto grado de autosuficiencia e independencia. El segundo caso, se refiere a la falta de capacidades físico-psíquicas, resultado de traumas y enfermedades (de aquí se deriva el concepto de “senectud”, “senescencia” o “senilidad”, y por consiguiente pérdida de autonomía y aumento de la dependencia.

¿A caso la vejez biológica tiene únicamente un sentido degenerativo? La geriatría, que no es una ciencia muy antigua, enfrenta este y otros cuestionamientos con el fin de mejorar o retardar el proceso de crecimiento y deterioro en el hombre.⁵⁵

2) Psicológico.

Trata de los “aspectos cognoscitivos” que afectan la manera de pensar y las capacidades de las personas de edad avanzada (procesos sensoriales, destrezas motoras, percepciones, inteligencia, habilidad de resolver problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje, impulsos, emociones, etc.), y de los “aspectos psicoafectivos”, que inciden en la personalidad y en el afecto.

Las modificaciones biopsíquicas se relacionan con el ambiente social del individuo que influye en su comportamiento: actitudes, expectativas, motivaciones, autoimagen, ajustes, etc. “La capacidad de adaptación a las pérdidas y otros cambios que se suscitan al lo largo de la existencia determina en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada”.⁵⁶

3) Sociológico

Bienestar, ingreso, trabajo y familia, asociaciones, economía, gobierno, comunidad... realidades que evolucionan con el tiempo y en las que el anciano se ve inmiscuido. El envejecimiento se vincula con la sociedad en donde ocurre este proceso, la influencia que ésta tiene en los individuos envejecientes y los papeles (roles) que

⁵⁴ Desde el punto de vista biológico, la vejez es un “proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano, y que lleva, más tarde o más temprano, a la muerte” Cfr. Gutiérrez, Luís Miguel. *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención*: papeles de población. (1999). Pág. 126. Véanse los conceptos básicos y las consecuencias del envejecimiento biológico en: Rivera, José Manuel. El anciano desde el punto de vista biológico, en J. Gafo (ed.). Op. Cit. Págs. 27-40. Cerejido, Marcelino; Covarrubias, Luís. El envejecimiento de los seres humanos y el envejecimiento de las células al organismo, en H. Aréchiga-M. Cerejido (coords.). Op. Cit. Págs. 11-41.

⁵⁵ Sugiero averiguar cómo se averiguó esta ciencia y a los retos a los que se enfrenta en la actualidad en. Garay, José. Humanismo geriátrico, en M. García (comp.). *Medicina y sociedad*. México. 1997. Págs. 56-66.

⁵⁶ Gutiérrez, Luís Miguel. Op. Cit. Pág. 126.

éstos desempeñan en la misma. Ya hemos visto la imagen negativa que se tiene del anciano.

Las definiciones de vejez según las ciencias sociales tienen en común el concepto de “jubilación profesional” (aquí incluimos el concepto de “tercera edad”), definida positivamente como una “adaptación de la participación social consecutivamente al declive biológico de la persona que envejece”, o negativamente como una “exclusión o desentendimiento de toda participación social”.⁵⁷ El anciano se identifica con la población económicamente inactiva que se ha retirado de su trabajo; ha dejado de producir para convertirse sólo en un elemento consumidor y dependiente. ¿Qué pasa en los lugares donde existe una proporción baja de personas jubiladas?

4) Cronológico.

La edad objetiva, la manera más relativa y simple de considerar la vejez es contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento. La sociedad moderna tiende a definir la vejez principalmente en términos de edad cronológica por conveniencias administrativas, estadísticas, culturales o incluso políticas,⁵⁸ pero los umbrales arbitrariamente establecidos resultan con frecuencias engañosos. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos más no relacionados causalmente; no es la edad, sino el cómo se vive lo que contribuye a la casualidad del proceso.⁵⁹

El crecimiento en años pone de manifiesto el declinar del organismo, cambios en la psique humana y en la participación social del individuo. Por lo tanto, existe cierta continuidad entre la cronología de la vejez y los otros factores. Imposible rechazar su interrelación, pero complicado analizarlo desde la diversidad de la existencia personal y de las culturas.

5) Funcional.

Para muchos investigadores, el estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los factores anteriores, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento, la manera más precisa de medir la vejez.⁶⁰ Sin embargo, esta medida tiende a minimizar el desarrollo de una vida plena de los ancianos, al considerarlos incapaces o funcionalmente limitados. Esto no refleja la realidad, es más bien una proyección de los mitos y deformaciones acerca de la vejez a lo largo de la historia.

⁵⁷ Laforest, Jacques. Op. Cit. Pág. 37.

⁵⁸ La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (1982) denominó ancianas a las personas de 60 años o más, y dentro del contexto socioeconómico, “viejo” es el mayor de sesenta y cinco años (en algunas naciones varía la edad) cuya condición fundamental es no tener ocupación remunerada. De aquí se derivan otros subgrupos: los “viejos-jóvenes” (personas de 60 a 75 años saludables, en uso de sus recursos y talentos y activos) y los “viejos-viejos” o “cuarta edad” (de 75 años en adelante limitados físicamente y que requieren de apoyo ayuda en múltiples esferas). Aunque hay ancianos octogenarios que se mantienen fuertes, no es lo común.

⁵⁹ Gutiérrez, Luis Miguel. Op. Cit. Pág. 126.

⁶⁰ Cfr. Ibidem. Pág. 127.

d) La vejez, etapa vital.⁶¹

Esta concepción de la vejez, la más equilibrada y moderna, se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta de la vividas anteriormente, aunque siga manteniendo cierta relación con ellas (por ejemplo, algunos psicólogos definen la vejez como una “segunda adolescencia”). Este enfoque se inserta en las modernas teorías de la psicología del desarrollo humano.

Desde este punto de vista la vejez es una etapa más de la experiencia humana, que a diferencia de las demás, posee una realidad propia, limitaciones objetivas y subjetivas, potenciales únicos y distintivos que compensan sus carencias. Una auténtica etapa de la vida.

El repaso de estos elementos nos lleva a afirmar que el fenómeno del envejecimiento es un problema complejo y difícil de sistematizar. No obstante, el panorama conceptual se aclara: se trata de un proceso personal, heterogéneo, evolutivo, gradual y multidimensional, que culmina en una etapa vital del ser humano y que, por ser la última, adquiere una importancia capital: la vejez. Las diversas concepciones y valoraciones que de ella se hacen dependen de las disciplinas que las estudian y éstas no pueden entenderse si no están entrelazadas. De ahí que sea necesario comprender la vejez de manera global realizando una valoración integral del individuo que se desarrolla en el tiempo pero en constante relación con otras variables: historia, sexo, raza, origen familiar, educación, trabajo, estatus social, etc.

En adelante, los conceptos de vejez, ancianidad, viejo, geronte... serán utilizados sinónimamente suponiendo los elementos arriba mencionados, convencidos de que la vejez puede y debe ser una fase positiva de desarrollo individual y social. Nos arriesgamos a comprobarlo.

3.2.2 Hacia una reflexión científico-existencial sobre el envejecimiento.

3.2.2.1 Objeto y finalidad de la gerontología.

La gerontología, disciplina reciente, es el estudio de la vejez. Un campo de estudio vasto, complejo y poco explorado. Comprende 3 características principales.⁶²

a) *Reflexión científica*: Esencialmente interdisciplinar, en interacción con las ciencias humanas y sociales que abordan el envejecimiento pero manteniendo cierta autonomía, es decir, no es una ciencia paralela a la sociología, a la psicología, sino que trata de integrar las aportaciones de estas ciencias a su universo teórico-práctico interpretativo. En la práctica, los investigadores obtienen su competencia en gerontología a partir de las disciplinas particulares que son de su competencia, contribuyendo en gran manera al avance de la ciencia de la vejez.

⁶¹ En este punto nos dejamos guiar por el aporte del gerontólogo español Ricardo Moragas. Cfr. Moragas, Ricardo. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Herder. Barcelona. 1998. Págs. 23-24.

⁶² Cfr. Laforest, Jacques. Op. Cit. Págs. 11-33.

b) *Reflexión existencia*: Porque la gerontología pertenece a lo humano en cuanto tal. Esta pretende prolongar la existencia humana y mejorar las condiciones de vida de las personas ancianas.

c) *Reflexión colectiva*: Envejecen tanto el individuo como la sociedad, y en esta dinámica se desarrolla la reflexión gerontológico. Actualmente la vejez plantea interrogantes a la conciencia colectiva mientras que antiguamente era un problema que sólo cuestionaba al individuo. Por ello, esta ciencia es fruto de un esfuerzo de reflexión de toda una colectividad que responde a este fenómeno social.

“El mejor gerontólogo será siempre aquel que además de un método científico riguroso posea la mayor sensibilidad de la vivencia de las personas ancianas; esta sensibilización se enraiza en su actitud personal para sentir las cuestiones existenciales que suscitan los fenómenos de la vejez en relación con la conducta humana”.⁶³

3.3 La persona que envejece en el marco de su experiencia concreta. La comprensión de la vejez a partir de las ciencias humanas.

Pasamos a otro interlocutor: la ciencia. ¿Qué ideas e imágenes de la vejez nos aporta? ¿Qué deben hacer las personas y la sociedad para lograr un envejecimiento exitoso? Doy a conocer algunos postulados de la sociología y de la psicología del desarrollo que nos pueden ayudar a comprender el significado actual del envejecimiento y las líneas básicas de acción para afrontar este proceso.

3.3.1 Algunos aspectos sociológicos del envejecimiento.

3.3.1.1 La vejez como una etapa de adaptaciones.

El desarrollo social humano se realiza en todas las etapas de la vida. Las relaciones sociales, elemento antropológico fundamental, influyen en la vida de la persona y en su comportamiento durante todo el curso vital. El hombre se sujeta a las influencias de la sociedad de la que él mismo forma parte y contribuye a formar. La “socialización” es el término más amplio que pone de relieve esta realidad. Puede ser considerada como: “Un proceso de aprendizaje social por el cual un individuo adquiere el conocimiento, las habilidades, las actitudes, los valores, las necesidades, las motivaciones y las pautas cognitivas y afectivas que le capacitan para participar de un modo más o menos efectivo como miembro de un grupo o una sociedad.”⁶⁴

En este proceso participan una serie de elementos (agentes, agencias, comportamientos, contextos, etc.) que varían en cada persona y desempeñan un papel distinto a lo largo de su vida. Ante esto, el reto es adecuarse a las demandas de cada

⁶³ Ibidem. Pág. 45.

⁶⁴ Vega, José Luís; Bueno, Belén. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Ed. Síntesis. Madrid. 1996. Pág. 284.

periodo social, enfrentando las nuevas situaciones y problemas diferentes, sobretodo, manteniendo la estabilidad personal en una sociedad cambiante y dinámica.⁶⁵

Aceptación, adaptación asimilación e integración serían las etapas de la socialización que el individuo recorre conciente o inconscientemente con la finalidad de funcionar de modo eficiente como persona en la esfera social. En el caso de la vejez, como última etapa de la vida, este proceso adquiere una importancia especial: es la última oportunidad de socialización o bien, la etapa en la cual se cosechan los frutos de la socialización vivida en las fases anteriores.

Insistimos en el aspecto de la “adaptación”, pues es parte fundamental en el proceso de envejecimiento que exige, no sólo ajustarse a las causas externas, sino también un cambio de conducta, cierta flexibilidad personal a lo largo de toda la vida especialmente cuando se avecinan acontecimientos clave como problemas de salud y relaciones sociales, el abandono de los hijos, la jubilación, la viudez, etc.

La tarea de adaptación del anciano a esta y otras cuestiones, posibilitará su pleno desarrollo o el estancamiento en su proceso de socialización. Todo depende de qué manera se enfrenten los cambios ocurridos en esta etapa vital.

Los cambios adquieren un relieve especial en 2 ámbitos: consideradas las agencias de socialización más importantes: la familia y el trabajo. Por ello menciono los problemas que enfrentan los ancianos en torno a estas 2 situaciones.

3.3.1.1 Adaptación a los cambios en el ámbito familiar.

De las instituciones sociales, la familia es, sin dudarlo, la más importante para la realización de la persona: es la escuela del desarrollo de la personalidad y la socialización. Pero las familias cambian con el tiempo, y los cambios que se han producido en la sociedad moderna han modificado su estructura, sus roles, sus relaciones y la naturaleza de los lazos que se mantienen con los ancianos.⁶⁶ En consecuencia, debido a las nuevas formas de estructuración familiar, las personas de edad avanzadas han de adaptarse no sólo al cambio de roles (abuelidad, viudedad, jubilación, etc.), sino también a las nuevas modalidades de convivencia y de valores culturales. Con el aumento de la esperanza de vida, la familia experimenta la coexistencia de varias generaciones y, por tanto, un tiempo mayor de relación. En el caso de los ancianos que se encuentran dentro de esta dinámica de intercomunicación familiar, podemos resaltar los siguientes tipos de relación:

a) *Conyugales*: La relación matrimonial es importante para las personas mayores, pues gracias a ella, pueden ir satisfaciendo necesidades físicas (alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad), psíquicas (autoestima, afecto, identidad) y sociales

⁶⁵ Cfr. Moragas, Ricardo. Op. Cit. Pág. 114. Es el enfoque que define este autor al afirmar que “en el fondo de todo proceso individual de ajuste al medio cambiante se halla el eterno conflicto psíquico entre estabilidad y dinamismo”.

⁶⁶ Actualmente en las sociedades industrializadas se habla mucho y se justifica históricamente el “modelo nuclear” de la familia que, según los teóricos, “está basado en la relación conyugal marido/mujer que acepta solamente la permanencia de los propios descendientes (y tan sólo a una edad determinada) y, por tanto, produce ancianos aislados”. Cfr. Freicgla, Joseph. *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Ed. Antropos. Barcelona. 1992. Págs. 62-63.

(identificación, comunicación, pertenencia al grupo). La calidad de la relación entre los esposos ancianos es muy variable, y depende en gran parte, del impacto que tengan en cada uno de ellos las pérdidas y el modo de solucionarlas (aquí juegan un papel importante las relaciones de los miembros de la familia).⁶⁷

b) *Fraternales*: Con frecuencia, en la madurez y ancianidad se da un reencuentro o se consolida la relación de los hermanos que, con mayor tiempo disponible, deben resolver problemas comunes.⁶⁸ Aunque también por múltiples razones, muchos hermanos viven separados o en conflicto gran parte de su vida, sino es que toda.

c) *Padre/Hijos*: Las relaciones entre padres e hijos varían entre sexos, culturas y clases. Los expertos califican esta relación en las sociedades industriales con un título descriptivo: “intimidad a distancia”, es decir, que a los ancianos les gusta la intimidad y desean mantener con sus familiares unas relaciones buenas y frecuentes, pero libres, no impuestas. Un modelo de relación nueva, en la cual el teléfono juega un papel central, diría J. Fericgla.⁶⁹ Pero sin duda, hay un momento especialmente en la edad más avanzada y en los casos de enfermedad crónica en que esta independencia se hace cada vez más difícil.

En este tipo de relación, una experiencia que se acentúa en la edad avanzada es la sensación de “nido vacío” cuando los hijos se independizan y crean su propio hogar, que experimentan especialmente las mujeres, pero que les inclina a una especie de nueva maternidad dedicándose al cuidado de los nietos.⁷⁰

d) *Abuelos/Nietos*: Las buenas relaciones de los abuelos ancianos con sus descendientes constituyen una experiencia muy positiva: abren sus vidas a una nueva dimensión, se sienten valorados y aumenta su autoestima. “El fundamento de las relaciones positivas abuelos-nietos se basa en la libertad y flexibilidad que en una sociedad altamente organizada se ofrece con poca frecuencia”.⁷¹ Sin embargo, este tipo de relación también puede ocasionar ciertos conflictos y tensiones, sobre todo entre abuelos y padres; criterios distintos en la educación, sentimientos de rivalidad o relegación, etc. Problemas que con el tiempo se modifican, a no ser que persista un “conflicto generacional” debido a la distinta y contradictoria asimilación de los cambios culturales por parte de las generaciones.

⁶⁷ La pérdida de la pareja es uno de los problemas más difíciles que se debe afrontar. Aunque la viudez no afecta a todos por igual, puede dar lugar a cierta perturbación e incluso a una pérdida de identidad y a un aislamiento emocional y social. El tipo de soledad que se experimenta depende no sólo de la calidad de tiempo pasado en convivencia matrimonial, sino también del apoyo familiar y muy especialmente del contexto social y cultura. Cf. Arago, Joaquín. Aspectos psicosociales de la senectud, en A. Marchéis-Carreto J. Palacios (dirs.). *Psicología evolutiva* (vol. 3). Ed. Alianza. Madrid. 1991. Pág. 312. Respecto a la soledad – sentirse sólo carencia voluntaria o involuntaria de compañía- y el “aislamiento” – estar solo, retirar a una persona del trato y comunicación- Cfr. López, Juan José. *Aislamiento y soledad en las personas mayores*. 1994. Págs. 31-40; Guijarro, Juan Luís. *Soledad y Vejez*. 1996. Págs. 521-553.

⁶⁸ Cfr. Moragas, Ricardo. Op. Cit. Pág. 143.

⁶⁹ Cfr. Fericgla, Joseph. Op. Cit. Pág. 32. Magnen, Bengston y Landry. 1988. Precisan este tipo de relación con el término “solidaridad asociativa”, un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones más que en el hecho de vivir bajo el mismo techo. Cfr. Vega, José Luís; Bueno, Belen. Op. Cit. Págs. 308-309.

⁷⁰ Cfr. Ibidem. Págs. 295-296.

⁷¹ Moragas, Ricardo. Op. Cit. Pág. 151.

El estudio de la ancianidad en la familia es muy reciente. Las investigaciones sociológicas se centran en la ancianidad marginada que requiere de la intervención del Estado. Pero hay situaciones familiares mucho más significativas para la vida de los ancianos que influyen en su proceso de envejecimiento. He apuntado algunas con la finalidad de acercarnos al problema, pero es sólo la pauta del iceberg. Lo más importante de esto es que tanto en anciano como su familia deben enfrentar las situaciones, adaptándose a los nuevos roles o papeles y, en la mayoría de los casos, modificar sus posiciones y conductas con el fin de establecer unas situaciones efectivas y afectivas en el entorno sociofamiliar.

3.3.1.1.2 Adaptación a los cambios de la situación laboral: la jubilación.

La jubilación es un producto social propio de las sociedades industrializadas, una normativa cultural que homogeneiza a las personas a partir de una edad cronobiológica fijada arbitrariamente (65 años, o bien, esta cifra puede variar); símbolo social de transición a la vejez, más no su equivalente. Si bien, en sus orígenes fue establecida para aliviar la suerte de los trabajadores viejos y cansados, actualmente con el aumento de la esperanza de vida, se ha convertido en una situación con unas connotaciones que van más allá del cese de empleo. ¿Cuáles son entonces sus principales efectos?

Las causas del retiro laboral son diversas, consiguientemente los problemas que acarrea esta situación son también muy diferentes. Pensamos en el caso más corriente: el del trabajador que conserva el empleo gran parte de su vida, se jubila a la edad requerida y percibe una pensión en reconocimiento de sus servicios. En este caso, la jubilación se percibe como un evento socialmente necesario, pero a nivel individual también es conceptualizada como una “crisis” debido a las pérdidas que sufre la persona (de ingresos de actividad, de roles, de estatus social, de grupo social, etc.). Para comprenderla globalmente, entendámosla mejor como un “proceso de pérdidas y adaptaciones”.⁷² Por ejemplo, con la jubilación del marido, la vida familiar es objeto de un cambio sustancial; el impacto sobre la esposa resulta muy intenso debido a la mayor presencia del esposo en el hogar; las relaciones suelen sufrir un importante reajuste, ya que es necesario planificar un nuevo estilo de vida.⁷³

Precisamente una jubilación basada en el ajuste a las nuevas situaciones trae mayores beneficios para el individuo, por tanto, el problema es en la actitud que se toma frente a esta nueva realidad y los valores que hay de fondo. Quién pone en el centro del universo su trabajo por la importancia social (prestigio, relaciones...) y se aboca por

⁷² Para comprender los diferentes componentes del proceso y los momentos en el trabajo de adaptación, Atchley ha identificado cinco fases (que no han de vivirse todas forzosamente, ni puede determinarse un periodo preciso para cada una de ellas). Cfr Arago, Joaquín. Op. Cit. Pág. 302: a) El pre-retiro: puede dar lugar a una serie de expectativas más o menos fantásticas que luego normalmente engendrarán dificultades por su irrealidad. b) La luna de miel: periodo eufórico en el que la gente intenta hacer todo lo que no había hecho antes. c) El desencanto: los problemas económicos, la salud y todo sobre el no saber usar de su libertad nueva, puede dar lugar a un gran descontento, a una frustración. d) Reorientación: es un esfuerzo para ser realista e ir desarrollando unas rutinas aceptables y abiertas, unos roles nuevos que hay que ir estructurando. e) Estabilidad: se logra mantener el ajuste entre la actitud y las posibilidades reales.

⁷³ Cfr. Fericgla, Joseph. Op. Cit. Pág. 79.

completo al ámbito profesional, cuando deja éste, lo más seguro es que se sienta desvinculado y desarmado, y nunca frente a la sociedad.⁷⁴

Para facilitar la toma de conciencia de las posibilidades personales a la hora de la jubilación, no hay mejor antídoto que prepararse para ella con tiempo. Más vale contemplarla desde la edad adulta como una oportunidad de nuevos roles y de actividades con sentido de plenitud, que verla en la vejez como sinónimo de “muerte social”.

Quizá de acuerdo a nuestra realidad latinoamericana, hubiera sido más pertinente traer el tema de los ancianos que trabajan o que están desempleados, víctimas de discriminación. Una realidad que debido al envejecimiento de la población no tarda en detonar consecuencias deplorables, pero dada su complejidad, y la escasez de estudios al respecto, es bueno optar por la posibilidad de la jubilación.

3.3.2 ¿Por qué envejecemos y por qué morimos?

La investigación científica ha demostrado que existen, en cada especie (y en cada individuo), factores hereditarios y genéticos que determinan la capacidad vital de las especies vivas. Los seres vivos, con raras excepciones, están programados para nacer, vivir y morir. Sin la muerte, la vida no podría evolucionar como lo hace actualmente. De aquí la importancia de la reproducción de la especie: una larga longevidad no ofrecería ventajas de adaptación en un planeta limitado en recursos naturales y conduciría a la exterminación.

Es este dilema lo que induce al investigador a analizar el mecanismo del genoma nuestro e identificar sus roles.

La mayoría de los animales que viven en la tierra, en el agua o en el aire, no envejecen o no alcanzan a envejecer porque mueren antes de la “senescencia” (lucha por la vida); los animales que viven más años con el Homo Sapiens: envejecen, cuando son bien tratados y protegidos, les sucede lo que a nosotros nos sucede, que nos cuidan... en todas las edades.

La característica mayor del envejecimiento humano es la enorme diversidad de formas que presentan los individuos tanto en lo físico como en lo mental. Esto provoca confusión entre lo que es envejecimiento normal y lo que es patológico.

Dentro de este contexto confuso, los científicos han propuesto muchas hipótesis (300) sobre la vejez, hipótesis que podrían repartirse en dos categorías:

- a) Las hipótesis estocásticas (probabilidades, azar, etc.) que se basan en la “usura”, en el desgaste del organismo, a medida que envejece.

⁷⁴ Si bien es cierto que a esto contribuye la clase de trabajo que realice (un minero desea con más ímpetu jubilarse que un maestro de ciencias políticas) y estos estereotipos que se han formado en torno a la jubilación, en el fondo está la cuestión de la entronización del trabajo en nuestra sociedad. Por ello es necesario “desmitificar la importancia del trabajo durante la vida activa y dignificar socialmente el descanso de los jubilados, afirmando la validez del ocio en sociedades que han idolatrado el trabajo, sus consecuencias económicas y su prestigio social”. Cfr. Moragas, Ricardo. Op. Cit. Pág. 162.

b) Las hipótesis científicas fundadas en el “Evolucionismo genético” (Genética).

Las más numerosas son las hipótesis estocásticas que están fundadas en las múltiples alteraciones que se producen en el envejecimiento. El ejemplo de los “radicales libres” es la hipótesis con más adeptos: el “radical libre” es un elemento químico importante, subproducto del metabolismo; consiste en una molécula que lleva un electrón no aparejado (libre) que la hace altamente reactiva siendo capaz de oxidar y alterar a casi todas las células de los tejidos.

El organismo vivo tiene defensas naturales contra este tipo de sustancias tóxicas: los antioxidantes entre los cuales están dos enzimas, la Superóxido Dismutasa y la Catalas. Es posible que actúen también las vitaminas antioxidantes como son la E y la C, pero no hay pruebas concluyentes.

Existe una enfermedad (alteración estructural y /o funcional del organismo), la Trisomía 21 (síndrome de Down), que consiste en un envejecimiento acelerado durante el cual se produce, en el organismo, en gran cantidad, el “Superóxido Dismutasa”, que es tóxico (contradicción entre Superóxido Dismutasa como antioxidante y como medicamento en el caso de los radicales libres), lo cual es nefasto para el organismo humano.

Otra hipótesis estocástica es la llamada “Cross –linking”: Consiste en un proceso por el cual ciertos azúcares provocan ligazones entre las proteínas las cuales pierden sus propiedades características provocando alteraciones graves en el organismo.

Una tercera hipótesis, es la de los “Residuos tóxicos” que explica el envejecimiento para la acumulación en las células de residuos que no se degradan sino que se acumulan especialmente en aquéllas que se dividen poco.

Estas dos últimas hipótesis, afectan el funcionamiento de las células del organismo lo cual conduce lentamente a la muerte celular.

Leslie Orgel, EE.UU., propone la hipótesis de la “acumulación catastrófica de errores” por alteraciones del funcionamiento celular, alteraciones que, a su vez, provienen de los fallos en la “síntesis” de las proteínas.

En Francia, París, en el CNRS se pone a prueba, actualmente, la hipótesis de “Deficiencia de las Mitocondrias”, que son portadores de ADN, que se exponen a los ataques de los “radicales libres”.

Así, podríamos llegar a cerca de 300 hipótesis estocásticas a las cuales deberíamos agregar las “hipótesis inmunológicas” y las “hipótesis neuroendocrinas” que se basan en el funcionamiento del “Sistema Inmunológico” y del “Sistema hormonal” respectivamente.

Axel Koward, del “Instituto Nacional de la Investigación Médica”, Londres, ensaya actualmente el integrar todas las “hipótesis estocásticas” en un solo modelo matemático que lo pondría a prueba en el terreno real.

Nuestras críticas a las hipótesis estocásticas se refieren a los siguientes temas:

1.- Las hipótesis estocásticas están acantonadas en las células y olvidan a los órganos y al organismo entero funcionando integradamente, es decir, no nos dicen nada del envejecimiento (senescencia) del organismo humano. Por ejemplo, nos muestran el “envejecimiento de la piel” de nuestro cuerpo que empieza cuando el organismo llega a la adultez (veinticinco-treinta años); en la mujer se acelera con la menopausia debido a la carencia estrogénica, lo que produce una atrofia de la epidermis y una disminución del espesor de la dermis debido a un descenso del tejido colágeno y alteraciones del tejido elástico. Lo que no sabemos es por qué se produce la carencia de estrógeno.

Esta pérdida de elasticidad en la piel, que sucede en mujeres y hombres (sucede en la dermis y en la epidermis), está muy influenciada por el ambiente externo, especialmente por la exposición permanente a las radiaciones solares.

Se ha hecho mención al llamado “suicidio de las células” que se produce normalmente de dos formas: la “necrosis” que es la destrucción de los elementos que constituyen la célula debido a las agresiones externas ambientales; y la otra forma es la “apoptosis”, fenómeno activo, que sucede cuando las células entran en un proceso de autodestrucción que se caracteriza por: el núcleo celular se contrae, la cromatina se condensa, y el AD se fragmenta.

La apoptosis se produce más frecuentemente en el desarrollo embrionario: a medida que las células se multiplican con gran rapidez se produce la muerte (apoptosis) de las que resultan inútiles. Este proceso está controlado por genes.

2. Estas hipótesis estocásticas, no toman en cuenta los aspectos múltiples del envejecimiento humano, ni tampoco hacen comparaciones con lo que sucede con el envejecimiento y la muerte en otras especies vivas. El fenómeno aparece como si sólo existiera en nuestra especie.

3. Tampoco estas hipótesis se interesan por explicar el ritmo de las alteraciones celulares y cómo se regula, ni tampoco cómo se produce la distribución demográfica de las alteraciones y de las muertes consecutivas. La estadística y la teoría de probabilidades (bases de las hipótesis estocásticas) podrán explicar algo más, pero no las usan.

4. Tampoco los estocásticos toman en cuenta que existen grupos comunitarios humanos⁷⁵ que no sufren nunca esas alteraciones estructurales – funcionales, que pasan con facilidad los cien años (3 % del total de la Humanidad), que viven ciento veinticuatro años, y que nosotros mismos hemos verificado en diferentes sitios de la Tierra: Ecuador (Vilcabamba); Hunza (Pakistán); Abkasia (Cáucaso) (existen otros grupos también en observación por la OMS), y también en China y en Rusia.

En términos de “Evolución Orgánica”, uno se pregunta sobre el interés que tendría (o el rol) del envejecimiento para el individuo y para la especie: ¿es que el envejecimiento es favorable a la supervivencia de la especie?, ¿qué ventajas tiene para el individuo?, ¿cuál es la necesidad de envejecer?, ¿es indispensable para la muerte individual?

⁷⁵ San Martín, Hernán. Op. Cit.

A mi entender, todas estas preguntas son trascendentales, pero no tienen respuestas precisas por ahora.

Nos se ve con claridad la ventaja selectiva y evolutiva del envejecimiento humano (gerontogenes), sin embargo, se podría pensar que el período del envejecimiento humano existiera para impedir la acción nociva y fatal de los gerontogenes.

Otra posible hipótesis sería la de considerar que los factores responsables de la senescencia fueran los mismos factores favorables a la reproducción de la especie.

Existen casos de genes de las hormonas sexuales, que son, más tarde, implicados en el desarrollo del cáncer del seno en las mujeres (otro tipo de relación).

En las ratas, que son mamíferos como nosotros, el hipotálamo comanda las funciones del ovario al mismo tiempo que participa en el envejecimiento de la rata.

Ahora, es necesario recordar que, tanto en el proceso del envejecimiento como en la muerte humana, intervienen muchos factores, internos y externos, que pueden combinarse o no. La distribución de estos factores (riesgos) en los grupos comunitarios humanos se hace en relación con el nivel de desarrollo económico y material de las sociedades humanas y, dentro de este marco, a los “niveles de vida” en la comunidad; a los “modos de vida individuales”; a los “niveles culturales”; al cuidado que se dé al “ambiente ecológico” en que se vive; y a la cantidad y calidad de los “riesgos”, de toda naturaleza, que se acumulan en el ambiente familiar y social.

De aquí que la demografía cambia de una sociedad a otra y produce gran variación en el envejecimiento y en la edad de la muerte (los riesgos mayores son las enfermedades y los accidentes).

Por ejemplo, actualmente EE.UU. debe ser el país con mayor desarrollo económico, industrial y tecnológico en la Tierra y debería tener el nivel de vida más alto (si se le mide por el desarrollo material); sin embargo, en 1993, las Naciones Unidas lo consideraron como el “país más arriesgado para la vida en la Tierra”.

Si ustedes analizan la demografía de los países de la Tierra (UNESCO) encontrarán que las tasas de morbilidad y de mortalidad, más bajas y más favorables a la vida no están hoy en los países más desarrollados e industrializados, sino en países pobres (comparativamente) que han conservado su contacto con la Naturaleza sin alterar sin alterar el ambiente ecológico y sin caer en el consumismo, el urbanismo, el industrialismo, etc.

Tom Kirkwood, del “National Institute for Medical Research”, y Michael Rose, Universidad de California, Irvine, trabajan, en un contexto general, una hipótesis que ellos llaman “Disposable Soma” (Théorie du soma à usage limité). La reflexión que ellos se hacen es la siguiente: “la mayoría de las *muertes*, en las poblaciones naturales de seres vivos en la Tierra, se producen por accidentes y enfermedades activas, de naturaleza muy diversa que no tienen una relación estable con la edad de la muerte”.

La longevidad es mayor si se basa en el mantenimiento normal (estructuras y funciones) del soma o cuerpo. Éste es el conjunto de células (en tejidos, órganos, sistemas, etc.), con excepción de las células germinales, del organismo total. El mantenimiento comprende el aprovisionamiento de “energía” y de “materiales” para la renovación celular (proteínas, hidratos de carbono, agua, grasas, vitaminas, etc.).

En estas condiciones, es una desventaja invertir o gastar más de lo que necesita el organismo (recursos metabólicos para sobrevivir) en buenas condiciones, el tiempo de su “esperanza de vida sana” (normal) en medio natural.⁷⁶

La inversión óptima para el mantenimiento del soma será siempre inferior al nivel que permitiría una sobrevida indefinida. En el sentido darwiniano (evolutivo), esta inversión óptima permitiría una adaptación máxima a la especie.

Se puede deducir también la longevidad de las especies varía según sea el flujo de energía consumido y la forma en que cada especie la reparte entre el mantenimiento del soma y la reproducción de la especie.

A nivel celular, mientras la respiración produce más ATP las mitocondrias son más activas y hay que dedicar más energía a la actividad y al mantenimiento de las mitocondrias.

Resumiendo, a nivel celular se encuentra lo mismo que se halla a nivel del organismo entero, y lo mismo sucede en la especie, en la que los trastornos de la oxidación y del metabolismo están en correlación con la longevidad.

La hipótesis del “Disponible Soma” acepta, sin embargo, que en una población humana en equilibrio con su ambiente estable (poco frecuente), las diferencias de longevidad provienen de variaciones genéticas neutras (en términos de evolución). De ser neutras al comienzo, estas variaciones comienzan a recibir el efecto de la “selección” porque el ambiente del Homo Sapiens, el ambiente natural y el social, cambia debido a que nosotros cambiamos de forma permanente.

Para verificar esta hipótesis de Kirkwood y Rose habría que identificar los genes que regulan las moléculas implicadas en la producción del envejecimiento.

En este momento, trabajan en este asunto varios equipos de investigadores (EE.UU., Gran Bretaña, etc.) Por ejemplo, Thomas Jonson, Universidad de Boulder, Colorado, EE.UU. analiza un pequeño verme (nematodeo *coenorhabditis elegans*) cuyo desarrollo es conocido célula por célula: provocándole mutaciones por irradiación, al azar, reproduce individuos capaces de vivir el doble de vida que los vermes corrientes (el envejecimiento se atrasa).

La mutación es producida por un gen que llaman AGE-1 que sería inhibidor de la síntesis de los antioxidantes, lo cual aparece como una contradicción incomprensible hasta ahora.

Jonson está ahora investigando esto mismo pero en mamíferos: estudia la genética del envejecimiento en ratas. Si se encuentran genes del tipo AGE-1 en las ratas,

⁷⁶ Todo lo desarrollado por el Homo Sapiens es artificial; lo no humano es lo que llamamos naturaleza.

será más fácil encontrarlos en el Homo Sapiens. Es posible que, entre esos genes, se puedan encontrar aquellos que controlan el llamado “reloj biológico” de la especie humana (ciento veinte años). De allí a llegar a manipular a voluntad la longevidad de las especies no hay sino un paso... que puede extenderse por años y años...

La vitalidad de nuestras células es otro tema que preocupa a estos investigadores.

Las células de los tejidos y órganos de nuestro cuerpo no son inmortales.

Cuando se las cultiva “*in vitro*”, en los laboratorios, dejan de proliferar después de un cierto número de divisiones: por ejemplo, los fibroblastos del embrión nuestro no se dividen más de 50 veces y el potencial de división celular disminuye con la edad del individuo y con el efecto de ciertas enfermedades como el “síndrome de Werner” (envejecimiento acelerado).

No sabemos aún dónde se ubica el “reloj biológico” que regula la programación de la muerte celular. Algunos investigadores piensan que esos genes están situados en los cromosomas 1 y 4, además, el gen “C-Foss” participa en esta pérdida de potencial de proliferación, lo cual está aún por probarse.

Otra hipótesis sostiene que el “límite de la longevidad” de las células es impuesto por las extremidades de los cromosomas, los llamados telómeros, que actúan en cada división celular. Cuando los cromosomas se acortan demasiado son desestabilizados y el núcleo de la célula se destruye.

Pero el límite de longevidad de las células no explica todo el envejecimiento: cuando una persona muere muy longeva, las células de su organismo poseen aún un potencial de multiplicación bastante importante, ¿cómo se explica este fenómeno?

Esta hipótesis tampoco explica el envejecimiento de células que no se dividen, como son las neuronas o las células cardíacas.

De tal modo que el futuro de la longevidad está ahora en manos de los investigadores científicos. Es posible que, a comienzos del siglo XXI, se haya intervenido con éxito en el “sistema de regulación” del organismo humano en relación con el “sistema de separación del ADN”, lo cual permitirá el mantenimiento de la vida en buenas condiciones fisiológicas en unos veinte años más.

Las investigaciones que más prometen se realizan con DHA (dehidroepiandrosterona) que es una hormona natural que aparece ligada al sistema HLA. Esta hormona previene la auto-inmunidad, prolonga la longevidad en las ratas y es protectora del ADN. La DHA está presente en la sangre humana, en una concentración mayor que cualquiera otra hormona, pero comienza a descender su concentración después de los veinticinco o treinta años.

En EE.UU. Gran Bretaña, Francia, etc. Se está investigando una serie de elementos que actuarían en contra de la senescencia (envejecimiento normal):

- La Co-enzima Q10 (Ubiquinona 50) que aparece como un elemento clave en las mitocondrias de las células; esta enzima está ligada al Sistema Inmunitario (SI) general HLA.
- Mercapto-etanol (2M.E.): este elemento prolonga, en el laboratorio, la supervivencia de los linfocitos (células de la inmunidad) y parece ser regenerador del ADN.
- El Superóxido Dismutasa (SOD) es eliminador de radicales libres; esta sustancia aumenta en la trisomía 21, que es un envejecimiento acelerado ... ¿contradicción?
- El aceite de Onagra (Enotera) contiene ácido linoleico que es el más importante de los ácidos grasos indispensables para el metabolismo humano.
- Contiene también ácido gamma-linoleico que tiene un rol importante en el funcionamiento del sistema inmunitario y del sistema hormonal. Es también antiaterosclerótico, como todos los linoleicos, y prolonga, por tanto, la longevidad.
- El ácido linoleico es un ácido graso no saturado, un ácido esencial que deberíamos recibir diariamente en una proporción de 10 % de las calorías diarias. Una carencia en vitaminas F (contiene el ácido linoleico) en nuestra alimentación puede causar problemas a la piel, al crecimiento, a los cabellos, a la disponibilidad del calcio, al mantenimiento de la inmunidad, a la destrucción del colesterol, a la prevención del endurecimiento de las venas...
- Los lípidos activos parecen ejercer gran influencia en el funcionamiento del sistema inmunológico y en el funcionamiento celular.
- Las hormonas del timo juegan un rol capital en el crecimiento del organismo y en la maduración del sistema inmunitario (timosina y otras hormonas). De los veinticinco años a los cuarenta y cinco años de edad desciende mucho la producción de estas hormonas y el timo se reduce de tamaño, de peso y luego desaparece... todo hace pensar que el timo es un regulador esencial del envejecimiento y que su regresión, en la edad adulta, marca el delineamiento de la capacidad inmunitaria de nuestro organismo.

Este conocimiento sobre el timo exige verificar estas hipótesis para prolongar y el funcionamiento del timo.

Parece que el timo está relacionado con las reacciones “anti-yo” que son características de la senescencia.

- Se están ensayando injertos celulares para prolongar la longevidad y para restaurar el sistema inmunitario: son injertos del timo y de células de la médula espinal.
- El complejo neuroendocrino (hipotálamo del cerebro y varias glándulas endocrinas: hipófisis, suprarrenales, timo, tiroides) es productor de sustancias

encéfalo reactivas que están siendo investigadas para usarlas en el tratamiento de alteraciones neurológicas y psíquicas de la senescencia.

- Se está investigando el rol de la hipófisis, por Everitt y su equipo, como regulador cronológico del envejecimiento humano: las hormonas hipofisarias retardarían el envejecimiento en las ratas y mejoran las funciones del ADN al igual que las del sistema inmunitario.
- Los tejidos cerebrales demuestran a los investigadores que ellos se regeneran y crecen si son trasplantados. Se estudia, al mismo tiempo, la plasticidad del sistema nervioso central para permitir o aceptar injertos, trasplantes, incluyendo el cerebro.
- Sobre el envejecimiento y la muerte en el *Homo Sapiens* se estudia la posible existencia de dos reguladores cronológicos que estarían ubicados en el cerebro y otro a nivel celular.
- El paso más decisivo en estas investigaciones está en vías de aclararse experimentalmente: se refiere al control de la regulación de los genes del organismo lo cual permitiría la regulación del envejecimiento humano para vivir más extendiendo la longevidad media y la longevidad máxima.
- En Francia, 1993, el CNRS dio a conocer un artículo⁷⁷ en el que se pone en evidencia la asociación de dos genes con la longevidad: uno es una proteína que transporta el colesterol y el otro es una enzima que actúa sobre la vasodilatación.

El gen que es proteína posee tres variantes:

Épsilon 2: disminuye el “mal colesterol”;

Épsilon 3: es neutro, no aumenta ni disminuye el mal colesterol;

Épsilon 4: aumenta el mal colesterol.

La comparación de estas tres variantes del gen en un grupo de 300 centenarios de humanos y una muestra testigo de 160 adultos de veinte a setenta años muestra que los centenarios tienen más frecuente la variante 2 (12,8 %) contra 6,8 % en la población testigo. Más raramente la variante 4 (5,2 %) contra 11,2 % en la población testigo.

El gen que es enzima y que actúa sobre la vasodilatación posee dos variantes : I y D.

El gen D es desfavorable porque aumenta los riesgos de infarto; paradójicamente es el más frecuente entre los centenarios... ¿contradicciones?

Existe una contradicción o es posible que los que escapan al infarto reciben la influencia de la dilatación vascular, lo cual es una ventaja para prevenir el infarto. O

⁷⁷ D. Coeh. Artículo publicado en Rev. Nature Genetica. Enero. 2000.

bien podría explicarse por una interacción con otros genes de la longevidad que aún no han sido identificados (?). Habrá que investigar más.

Actualmente, se piensa que los genes implicados en la longevidad son varias docenas; hay quienes piensan que no son más de una docena.

Después de todo lo analizado alrededor del proceso del envejecimiento humano, nos parece que no puede ser tratado como un mero proceso biológico o como una “fatalidad” irreparable. Lo que parece claro es la “complejidad” del ser humano que es al mismo tiempo, biológico, ecológico, mental, cultural y social. Al analizar el proceso del envejecimiento, debemos tener en cuenta esta situación para poder ubicar el objeto de estudio (el envejecimiento) en el contexto, también muy complejo y variable de una relación dinámica entre la persona que envejece y su ambiente total. El desarrollo del envejecimiento en el *Homo Sapiens* varía mucho con estas asociaciones de factores, internos y externos, que influyen en el proceso individual del envejecimiento. Por ejemplo, el envejecimiento no aparece a una edad precisa e invariable a toda la población humana:

Existe una gran variación de edad en que se presenta (lo mismo sucede con la muerte), en los síntomas que se observan y en las relaciones de la persona que envejece.

No hay una relación cronológicamente directa entre el envejecimiento y la muerte de una persona: existe una programación genética del proceso del envejecimiento en el individuo de una especie viva; existe también una programación de la “capacidad vital máxima” para la especie pero la fecha de la “muerte” individual no está programada; ella se produce antes o después en la relación a la cantidad y calidad de “riesgos” fatales que alteran y destruyen nuestro organismo (enfermedades, intoxicaciones, accidente, armas, etc.).

En realidad, la edad de la muerte de cada individuo varía mucho en relación a los riesgos (internos o externos) que existen en el ambiente de vida y a los modos de vida de cada cual.

Cada uno de nosotros (sucede en todos los seres vivos, en diferentes formas), dispone de una especie de “reserva” contra los “riesgos” del ambiente (sistema inmunitario HLA). En la infancia el sistema “madura” y se desarrolla progresivamente hasta la edad adulta. El timo es el órgano principal del sistema “sistema inmunitario HLA” al producir los “linfocitos T” que son los pilares del sistema. Después que desaparece el timo (tres a cuatro años), el sistema comienza a perder eficacia (envejecimiento). Después de los sesenta y cinco a setenta años, se nota una disminución de las funciones inmunitarias, resfriados, infecciones de la piel, bronquitis, cansancio con el ejercicio, demora en la recuperación, etc.

Entre nosotros y el tiempo de Demócrito, Heráclito, etc., han pasado alrededor de 2.500 años y nuestro pensamiento general sobre el envejecimiento y la muerte general no ha cambiado mucho. La diferencia mayor es que, aquellos sabios de la antigüedad, daban la mayor importancia al fenómeno ecológico y a los “riesgos” del ambiente externo, en tanto que el hombre moderno agrega la intervención de los genes y de la herencia genética en la producción del envejecimiento y de la muerte de los seres vivos.

Después de todo lo analizado aquí sobre el envejecimiento humano y la “muerte prematura en nosotros, se puede afirmar que, contrariamente a lo que suelen decir los médicos, los procesos de envejecimiento y de muerte en su gran mayoría, no ocurren naturalmente (casualidad natural) sino que obedecen a una causalidad bien precisa que es de carácter social y cultural: enfermedades, tóxicos, accidentes, desequilibrios ecológicos, herencia genética, ignorancia, etc.

No es una “casualidad” natural ni “mala suerte” que la especie humana (*Homo Sapiens*) tenga, entre todos los seres vivos, las tasas más altas de morbilidad y de muertes prematuras, y que estemos viviendo sólo la mitad del tiempo de vida que genéticamente (capacidad genética vital) tiene nuestra especie. La vida media de la Humanidad actual oscila alrededor de sesenta años y los investigadores nos hablan de capacidad vital genética de ciento veinte, ciento cuarenta y hasta ciento cincuenta. Por lo demás, se tiene información concreta y verificada de personas que han vivido estas longevidades... largas y sanas.

El hecho de que las tasas de mortalidad y las de la “esperanza de vida” estén estancadas en prácticamente todos los países de la Tierra, podrían hacernos pensar que hemos llegado a un “límite de tolerancia biológica y mental” frente a las altas tasas de morbilidad (endemias, epidemias, pandemias) y a la enorme cantidad de “riesgos” que las sociedades humanas están produciendo continuamente con el falso pretexto del desarrollo económico y del progreso social. Las encuestas nacionales, que la OMS publica, indican que más del 90 % de las poblaciones mundiales están constantemente enfermas, lo cual ha provocado la ineficacia de los “sistemas de servicios de salud”: las necesidades sociales y de salud han llegado a un límite de insatisfacción intolerable en los países más desarrollados de la Tierra.

Todos los riesgos que nos rodean y que van en aumento,⁷⁸ son productos de la actividad del Homo Sapiens: los automóviles no existían al comienzo del siglo XX, hoy son la tercera causa de muerte en Francia y en todos los países desarrollados.

La actual “crisis de la salud” es mundial y es consecuencia de: la demografía mundial incontrolada; la industrialización masiva de la vida humana; la producción y consumo incontrolados; el “valor salud” es de menor importancia que el “valor económico”; la vida se rige por éste y no por aquélla.

Lo curioso es que la OMSA, y las mismas “Naciones Unidas”, presentan “tendencias demográficas” sobre el futuro de la Humanidad que son optimistas y deseables, pero sin bases firmes: pronostican una estabilización del crecimiento de la población del mundo, hacia el último cuarto del siglo XXI, en unos 10 ó 12 mil millones de población humana de la Tierra, lo cual corresponde a un número de nacimientos anuales de 130 millones (cifra igual a la de 1994) con una “vida media” de ochenta a ochenta y cinco años para ese futuro.

Este pronóstico está fundado en el supuesto que la fecundidad en los países más desarrollados ascienda (no dan cifras del ascenso) y en los menos desarrollados descienda (no dan cifras). Lo cual, si sucediera, significaría un empobrecimiento de los

⁷⁸ En Francia, en 1994, el Gobierno regaló 5000 francos y la empresa bajó en 5000 francos a toda persona que comprara un auto francés nuevo... los accidentes fatales aumentaron al poco tiempo de esa acción.

países ricos y un enriquecimiento en los países pobres. A mi entender esto ni siguiera se vislumbra.

M.J. Bourgeois, demógrafo bien conocido en Francia, piensa que si la fecundidad de la población de los países menos desarrollados desciende al nivel (2 niños por mujer) que hoy tienen los países más desarrollados, la Humanidad estaría expuesta a extinguirse porque se produciría la invasión de la Tierra por mayores de sesenta y cinco años, lo cual, si fuera cierto, se produciría hacia el año 2500... que sería el año de la “guerra de generaciones”.

3.3.3 ¿Qué significa todo esto que aquí presento?

Solamente mi interés es mostrarles a ustedes la complejidad de los fenómenos y procesos en que vivimos, y que no es posible esperar todo de la genética porque nuestra vida es un “complejo activo”, biológico, mental y social, que actúa siempre interrelacionado con los demás factores que intervienen en la vida de los seres vivos (herencia-genética-organismo biológico-psiquismo-ambiente social y ecológico).

Es evidente que la “genética molecular” ha proporcionado el acceso a los genes específicos y a las proteínas que los codifican. La transferencia, en los cromosomas de un animal o de una planta, los genes modificados por introducción de moléculas de ADN utilizando las técnicas modernas adecuadas, proporciona a los genes nuevos “trazos” genéticos que serán transmitidos de generación en generación. Los individuos vivos producidos a través de tales alteraciones son llamados transgénicos.

La mayoría de estas experiencias se han realizado en animales (transgénicos) sometidos a técnicas de microcirugía de los genes y técnicas de embriología tratando de desarrollar una “terapia génica” con perspectivas de llegar a ser una terapia genética.

Los objetivos de estas experiencias se han referido a transferencias en los genes inducidas para producir inmunidad y resistencia a parásitos, virus, modificación de metabolismos, uso de ciertos organismos como fermentadores vivos que sintetizan proteínas de alto valor agregadas a la sangre circulante o a la leche, o también para “humanizar” células u órganos en vista a realizar trasplantes en el Hombre.

La complejidad del genoma de las células (animales, plantas), o la intervención de varios genes en la biosíntesis, complica la intervención y el éxito no siempre se alcanza.

Los efectos del envejecimiento varía mucho entre las personas de la misma edad y del mismo sexo, pero también varían entre las diferentes funciones que puedan desarrollar los individuos: alteraciones de la visión (catarata, por ejemplo), memoria (de las cosas lejanas o de las cosas recientes), orientación, equilibrio, aprendizaje, aparición de placas seniles (en la cara, en los dorsos de las manos, etc.) degradación neurofibrilar, etc., en todo caso la frontera entre lo que es producto del envejecimiento (normal), y lo que se agrega al proceso del envejecimiento (patológico), no siempre es fácil establecerlo.

Uno de los aspectos más difíciles de establecer son las alteraciones que ocurren durante el envejecimiento en el cerebro (SNC). Existen técnicas para evaluar las

pérdidas neuronales y las alteraciones del cerebro (estructuras y funciones), pero su interpretación no es aún evidente. Por ejemplo, la interpretación de las pérdidas neuronales se hace a través del cambio de comportamientos... en el longevo.

A partir de los cuarenta años de edad, el organismo nuestro pierde unas 100.000 neuronas al día. El encéfalo⁷⁹ contiene una gran reserva de neuronas que le permite suplir las pérdidas que se producen por deterioro, uso, o por lesiones cerebrales.

En realidad, no hay pruebas de que el envejecimiento sea el productor de “trastornos mentales”. La capacidad de aprender no disminuye y la memoria tampoco, lo que puede suceder es que disminuya la velocidad del aprendizaje o la velocidad de memorizar, y todo esto puede ser temporal, pasa con entrenamiento.

El hipocampo, que es una región del cerebro implicada en la memoria, es la primera, por tanto, en sufrir las pérdidas neuronales del cerebro... Éste tiene, además, otras funciones que dependen de él: aprendizaje, memoria inmediata, la atención dividida o polivalente, etc.

Hoy se piensa que estas deficiencias funcionales son debidas a pérdida de neuronas que, a su vez, son compensadas por modificaciones estructurales: conexiones suplementarias, sustitución de neuronas perdidas, crecimiento de los axones, capacidad de las neuronas para remodelar sus circuitos.

El descubrimiento de esta plasticidad cerebral conduce a relativizar la noción misma de senescencia: en realidad, parece no existir síntomas específicos del envejecimiento humano...⁸⁰ o, al menos, no existe una definición exacta de la “vejez normal”.

Por otro lado, sabemos que el cerebro puede conservar su metabolismo normal hasta una edad avanzada: el cerebro, en el plano funcional, envejece menos rápido que lo que se pensaba.

En el nivel clínico, un cierto porcentaje (variable) de personas presenta una aparente baja de sus facultades mentales (memoria, acústica, ciertos comportamientos, falta de concentración, etc.) que no debe interpretarse como síntoma de una probable “demencia”, si no hay pruebas que lo justifiquen. Generalmente, se trata de personas de edad avanzada que han sido siempre así y que son repetitivas frente a determinadas situaciones, o bien que olvidan cosas que venían a hacer.

Actualmente, hay investigadores que están dando importancia a estos casos, especialmente a los descensos de la memoria inmediata. Aún se ignora su significación, pero se la puede combatir con “gimnástica cerebral” o bien usando medicamentos que favorecen la plasticidad del cerebro.⁸¹

A nivel microscópico, el envejecimiento cerebral se va conociendo más y más, por ejemplo, se comienza a conocer los últimos mecanismos de la muerte neuronal: el

⁷⁹ El cerebro contiene más de 10,000 millones de neuronas (cálculo).

⁸⁰ Propósitos obtenidos del investigador del CNRS, París, Chales Cohen- Salmón, especialista en nuevo comportamental. 1998.

⁸¹ Se trata de una nueva molécula cercana a las anfetaminas ya en venta.

“glutamato” es un neurotransmisor, excitador mayor del sistema nervioso central (SNC), que interviene en el desarrollo del cerebro y en el funcionamiento de la memoria. En caso de hiperproducción (a causa de un accidente vascular cerebral, de un shock traumático o de una enfermedad neurodegenerativa) esta molécula libera “iones radicales” que son muy tóxicos. Estos fenómenos de excitación, de toxicidad, de shock, aceleran la pérdida neuronal cumulativa produciendo una degeneración de la “audición” en los ancianos.

Estas neuronas, así destruidas, no tienen posibilidad de ser reemplazadas, sin embargo, ciertas “fibras transmisoras nerviosas” pueden recuperarse.

Las investigaciones se están ampliando alrededor de estos fenómenos de toxicidad: el “monóxido de nitrógeno” (NO) no es una molécula neurotóxica implicada en el envejecimiento de la retina, y los investigadores han desarrollado ya modelos de colirios que bloquean la producción de NO.

Existe, en nuestro organismo, una gran cantidad de moléculas químicas que participan en el intercambio de información entre las células; por ejemplo, una carencia de factores neurotróficos puede conducir a la muerte celular... en este tipo de caso se recurre a la “terapia génica” que consistiría en llegar a colocar un “gen terapéutico” en estructuras cerebrales precisas, o bien la difusión de un “gen corrector” en los ventrículos cerebrales para inducir la producción de ciertos “factores neurotróficos” en zonas extensas del cerebro.

Las hormonas están también en tela de juicio en los procesos químicos del envejecimiento: recientemente se ha descubierto que una tasa excesiva de cortisol produce o puede producir el deterioro de las facultades intelectuales en las personas ancianas.

Por otro lado, los estrógenos (hormonas) administrados en el tratamiento de la menopausia tienen un efecto protector contra las deficiencias cognitivas y sobre ciertas enfermedades degenerativas del cerebro, tal como la “enfermedad de Alzheimer”. Esto no es nada extraño puesto que, ya lo hemos visto, la genética interviene en la “senescencia cerebral” como en otros fenómenos ligados al envejecimiento humano, ya sean a nivel celular (provocando la apoptosis celular) o a nivel del organismo por la vía de genes de la susceptibilidad.

Se ha estudiado los componentes genéticos de varias enfermedades ligadas a un “degeneración cerebral”: varios genes implicados en la “enfermedad de Alzheimer” han sido identificados y localizados en los cromosomas 21, 19, y 14.

Recientemente, a partir del ADN de familias que tenían casos de Alzheimer, se ha identificado mutaciones que hacen más vulnerables a las personas. Estas mismas investigaciones, puestas en la pista de la “apolipo-proteína E”, características de las “placas seniles” de la enfermedad de Alzheimer, confirman la relación entre la enfermedad de Alzheimer y la apolipo-proteína.

Según otro estudio del equipo de Allen Roses, de la Universidad de Duke, Carolina del Norte, EE.UU., ciertas personas, portadoras de una forma rara de la apolipo-proteína E, la apolipo-proteína E2, parecen estar inmunizadas contra la

enfermedad de Alzheimer; en cambio, otra forma de gen, la apolipo-proteína E4, lo llevan otras personas y parece ser un factor de riesgo mayor para desarrollar la misma enfermedad.

Resumiendo, está ya claro que la “genética” interviene en la senescencia cerebral como también en otros fenómenos ligados al envejecimiento humano, ya sea a nivel celular como a nivel del organismo entero.

Pero la realidad es que aún no conocemos en su totalidad el fenómeno del envejecimiento humano. Sabemos que cada especie viva, a una edad que le es particular, comienza a ser más y más vulnerable a las agresiones del ambiente de vida, a los modos de vida, etc., pudiendo llegar a pasar los cien años de vida (3 % de la Humanidad) pero no mucho más.

¿Cómo es posible que el envejecimiento o senescencia, en la especie humana, se produzca con tanta regularidad, y conduzca a la muerte en la misma forma, en circunstancias que los genetistas nos dan esperanzas de una “capacidad vital genética” de ciento veinte-ciento cuarenta años para nuestra especie?

Los objetivos básicos de la investigación científica actual, en el ámbito de la vida humana y del envejecimiento paulatino que conduce a la muerte, es la identificación de los genes que regulan el proceso de nuestro “ciclo vital”

A este nivel de complejidad máxima,⁸² estructuras, funciones, interrelaciones, regulaciones, controles, etc., el organismo vivo, el nuestro, aparece como algo inexplicable; sin embargo, Einstein escribía, en *Mi visión del mundo*, 1980, lo siguiente: “la cosa más incomprensible acerca del Universo y de la Vida es el hecho de que sean comprensibles para nosotros... y que podamos demostrarlo”.

En estos momentos existe una verdadera competencia entre los equipos de investigadores científicos por demostrar la verdad de las miles de hipótesis que existen sobre el Universo, sobre la Tierra, sobre la vida en la Tierra... en EE.UU., en Gran Bretaña, en Alemania, en Canadá, en Japón, en Francia, en Italia, etc.

Yo pienso que el tema de fono en esta competición es la pregunta que antes nos hicimos:

¿Por qué “envejecemos” tan precozmente y “morimos” tan pronto si tenemos una “capacidad genética vital” que nos permitirá vivir hasta ciento cincuenta años?

Los “investigadores biólogos” piensan que el “genoma” de la especie humana puede estar fallando en su proceso de la regulación del envejecimiento humano (ensayos y errores).

Puede ser cierto, pero exige demostrarlo y esperemos que se dé la solución a mediados del siglo XXI, teniendo en cuenta que la genética explica el contenido de los códigos genéticos relacionados con la regulación y el control de los genes.

⁸² La naturaleza, de la cual formamos parte, funciona y evoluciona sobre la base de ensayos y errores.

Pero, además, tenemos que tener en cuenta que los “riesgos anti-vida” que existen en nuestros ambientes de vida son muchos (físicos y psíquicos), tantos como para neutralizar los factores pro-vida que proporcionan los genes.

Yo creo que es ésta la situación actual de la Humanidad y de la mayoría de los seres vivos de la Tierra. Los “riesgos” para acelerar el envejecimiento y la muerte (enfermedades, tóxicos, accidentes, alimentos inadecuados, poluciones, radiaciones, etc.) Aumentaron, con gran rapidez, en el siglo XX, especialmente después de las dos Grandes Guerras Mundiales y especialmente con la industrialización (progreso económico y tecnológico adverso al Homo Sapiens) desenfrenada y el consumismo incontrolado de parte de las sociedades humanas. Estos elementos están invadiendo y destruyendo nuestra ecología, que es la base de toda la vida en este planeta.

Lo que digo lo están confirmando varios hechos concretos y reales: estancamiento del descenso de la “mortalidad general”; aumento de la “morbilidad general” en las poblaciones humanas con predominio de tres grupos de enfermedades que afectan al 70 % de la población: enfermedades cardiovasculares, cánceres, accidentes de todo tipo; el 30 % restante es afectado por riesgos menos fatales. La “esperanza de vida”, después de la Segunda Guerra Mundial, oscila alrededor de cincuenta a cincuenta y cinco años en los países menos desarrollados y de setenta a setenta y cinco años en los más desarrollados (promedios), es decir, en años no logramos alcanzar la mitad de la “esperanza de vida” si pudiéramos utilizar nuestra “capacidad vital genética” de la especie: la presión externa (producto del Homo Sapiens mismo) ¿parece ser más fuerte que los códigos genéticos de nuestra especie?

Para la “gerontología”, la genética y la investigación científica sobre el proceso de envejecimiento humano representan la posibilidad de probables medios de tratamiento del envejecimiento prematuro, en la especie humana. Concretamente, la intervención quirúrgica sobre los genes del envejecimiento y de la longevidad, intervención que significa regular la funcionalidad de los genes, identificados y ubicados, para bloquearlos, para neutralizarlos y /o para estimularlos a actuar como retardatarios del proceso de envejecimiento actual y, si es posible, determinar una prolongación del ciclo vital de la “Juventud” y /o el de la “Edad Adulta”, todo lo cual supone la prolongación de la longevidad individual actual, en salud y en actividad.

Éste es un paso adelante muy grande y trascendental para la especie humana (y para todos los seres vivos en la Tierra), pero no es “el todo” del problema ... Deberemos resolver, además, todos los problemas, externos y ambientales, que se han producido, no naturalmente, sino por la actividad del Homo Sapiens: problemas demográficos, ecológicos, económicos, sociales, culturales, educaciones, urbanización y vivienda, alimentación, ejércitos, armamentos, guerras, etc., que, junto a la industrialización desenfrenada (anti-ecológica) y el consumismo sin objetivos, constituyen los “riesgos” más abundantes y más malignos que ponen en peligro las esperanzas de vida sana y más larga de la especie humana.

A través del análisis de las hipótesis más trabajadas, que aquí no están todas las que son, yo percibo que, aparentemente, son muchos los factores que intervienen en el complejo proceso del envejecimiento humano que, según expresa el Dr. Hubert Warner, director del “Instituto Nacional Norteamericano del Envejecimiento”, “el

envejecimiento del Homo Sapiens es el más complejo de todos los problemas biológicos junto al estudio del cerebro humano”.

Lo que a mí me impresiona más en esta situación es la gran variabilidad de la causalidad del fenómeno en estudio, por una parte; por otra, la gran estabilidad y el ritmo de los ciclos de nuestra vida desde el nacimiento hasta nuestra muerte; en tercer lugar, la enorme carga de “riesgos” que hemos creado nosotros mismos en el ambiente externo, que es el ambiente ecológico de la especie, sin consideraciones biológicas ninguna, actuando aún en contra del código de nuestros propios genes como sucede con los riesgos de enfermar, de accidentarse, de intoxicarse y de morir prematuramente.

Es toda una estructura económico-social la que hay que cambiar para ponerla al servicio de todos los seres vivos en la Tierra; es todo un sistema de producción y consumo el que hay que cambiar; es todo un sistema de Educación y Cultura el que hay que modificar; es toda una manera de pensar lo que hay que enseñar para darle otro sentido a nuestra vida ...ésta es una tarea inmensa, individual y colectiva (son indispensables) que hay que re-iniciar ... ningún sistema de Salud puede ser eficaz si se aplica a poblaciones que viven, ricos y pobres, en las condiciones ecológicas y de riesgos que vive la Humanidad actual.

CAPÍTULO 4:

LA BIOÉTICA EN EL EJERCICIO MÉDICO FRENTE AL ADULTO MAYOR.

- 4.1 El papel de la ética en la relación médico-paciente.
- 4.2 La bioética médica contemporánea.
- 4.3 Los principios fundamentales de la bioética.
- 4.4 La bioética médica en la atención del adulto mayor.

CAPÍTULO 4: LA BIOÉTICA EN EL EJERCICIO MÉDICO FRENTE AL ADULTO MAYOR.

Que el siglo XXI ha entrado ya y que lo ha hecho de la mano de las nuevas tecnologías es hoy una convicción tan generalizada como correcta. Los cambios que se están operando debido a las nuevas tecnologías de comunicación (información), a la modificación de la relación del hombre con la naturaleza (ecología) y la modificación de la relación consigo mismo y con sus semejantes (derecho y sociedad) nos ponen ante un panorama de transformación y, a su vez, generan una serie de interrogantes frente a los que la humanidad jamás se había encontrado con anterioridad. De la necesidad de responder a las preguntas de esa novedad radical han nacido disciplinas tan recientes como necesarias.

Tal es el caso de la bioética, la relativa estabilidad que se había atribuido tradicionalmente a los fenómenos biológicos ha quedado dinamitada –en una auténtica revolución un parangón desde la de Darwin—por la protética y casi ilimitada posibilidad de modificar la vida (la nuestra, la de nuestra descendencia, la de los seres vivos que nos rodean, etc).

Al interés por los nuevos descubrimientos (clonación animal y humana, modificación del código genético, trasplantes entre especies animales diferentes, etc.) se une la preocupación por el destino final de este vertiginoso viaje: ¿dónde iremos a parar? De la encrucijada entre la esperanza de que las nuevas tecnologías contribuyan a mejorar la vida y el miedo a que puedan engendrar monstruos inimaginables es de donde nace la bioética, campo interdisciplinar donde los haya, lleno de interés y de intereses, de preguntas y de respuestas (a veces contrapuestas) entre las que debemos elegir.

Tenemos entre las manos un puñado de reflexiones que en todos los casos, y a pesar del carácter multidisciplinar desde el que se han fraguado, tienen como horizonte último la dignidad y libertad de nuestro género, es pues, tan sólo una invitación. La invitación a una meditación serena y pausada, hecha desde la convicción de que nuestra responsabilidad como humano no nos permite abandonar el futuro, el azar ciego de la inconsciencia o a la lucha caótica de los intereses.¹

4.1 El papel de la ética en la relación médico-paciente.

4.1.1 Antecedentes

La nota general que marcó la práctica médica en las primeras etapas del desarrollo de la humanidad fue el sustento mágico y la superstición. La atención de los pacientes no requería propiamente de un planteamiento ético, dado que la acción curativa era delegada a las fuerzas externas: dioses y demonios eran responsables de la salud, curación, enfermedad y muerte; el curandero, sacerdote o chamán quedaba exento de responsabilidad, pues sólo era una pieza más en el juego de las fuerzas sobrenaturales.

¹ Casado, María. *Bioética, derecho y sociedad*. Trotta. Madrid. 1998.

La filosofía pre-socrática marca una nueva etapa al reconocer la libertad de pensamiento y despojar a la práctica médica de la mitología, la religión y la superstición. El médico pasa a ser un agente activo en el desarrollo o curación de la enfermedad y su actuación puede ser cuestionada. Es precisamente un médico, Hipócrates, quien señaló las bases de una práctica apoyada en principios científicos y éticos. Posteriormente, la religión católica añadió los sentimientos de caridad y amor al prójimo como motor de muchas acciones de médicos y enfermeras en beneficio de los seres humanos.²

Desde los orígenes de la medicina occidental, es decir, desde los escritos que la tradición atribuyó al médico griego Hipócrates de Cos, la ética médica ha venido utilizando para discernir lo bueno de lo malo un criterio de carácter “naturalista”. Al margen de que incurra o no en la que desde principios de siglo viene conociéndose con el nombre de “falacia naturalista”, es lo cierto que tal criterio ha solidó identificar lo bueno con el “orden” natural, y considerar malo su desorden. La naturaleza es obra de Dios, dirán los teólogos cristianos de la Edad Media, y en consecuencia el orden natural es formalmente bueno. Esto explica por qué toda la cultura medieval gritó en torno a la idea de “orden”. Este orden abarcaba no solo a las cosas que solemos llamar naturales, sino también a los hombres, a la sociedad y a la historia. Por lo menos se consideraba malo, por ejemplo, todo uso desordenado o no natural del cuerpo o de cualquiera de sus órganos. Lo segundo llevó a pensar que la relación médico-enfermo, en tanto que relación social y humana, había de efectuarse también según orden. Este orden no era unívoco, ya que, en él, el médico era considerado sujeto agente y el enfermo sujeto paciente. El deber del médico era “hacer el bien” al paciente, y el de este el aceptarlo. La moral de la relación médico-enfermo había de ser, pues, una típica “moral de beneficencia”. Lo que el médico pretendía lograr era un bien “objetivo”, la restitución del “orden” natural, razón por la que debía imponérselo al enfermo, aun en contra de la voluntad de este. Ciertamente que el enfermo podía no considerar bueno aquello que el médico propugnaba como tal, pero ello se debería a un error “subjetivo” que, obviamente, no podía tener los mismos derechos que la verdad objetiva.³

En consecuencia, en la relación médico-enfermo el médico era no sólo agente técnico sino también moral, y el enfermo un paciente necesitado a la vez de ayuda técnica y ética. El conocedor del orden natural, en el caso de la enfermedad, era el médico, que podía y debía proceder por ello aun en contra del parecer del paciente. Fue la esencia del “paternalismo”, una constante en toda ética médica del “orden” natural.

Tradicionalmente el médico empleaba todos sus conocimientos en beneficio del paciente, ya fuera para mitigar su dolor, curar su enfermedad o salvarle la vida. El paciente, en cambio, desempeñaba un comportamiento pasivo,⁴ limitado a cumplir las

² La civilización egipcia es ejemplo de una etapa más evolucionada, según consta en papiros que mencionan ciertas consideraciones de carácter ético. Posteriormente en Babilonia, el Código de Hammurabi hace referencia específica a la profesión médica. Los médicos debían tener una especialización y les era obligatorio ejercerla y no actuar en otra que no fuera la suya. Existían médico cirujano, conjurador, marcador de esclavos y partero. Cfr. Kuthy Porter, José Et. Al. *Temas actuales de Bioética*. México. Porrúa. 1999. Págs. 5-7.

³ Gracia, Diego. La bioética médica. Publicado originalmente como ensayo introductorio al libro: *Fundamentos de Bioética*. EUEDEMA. Madrid. 1989.

⁴ De los escritos hipocráticos, surge claramente que el médico debe querer el mayor bien para el enfermo, pero sin contar con su voluntad, ya que no se consideraba que el enfermo tuviera autonomía moral. La doctora Fracapani amplía esta relación al considerar que “el paternalismo es la forma de tratar o gobernar a los otros como el padre trata a sus hijos. Se ha visto no sólo en la vida familiar, sino también en la religiosa, en la política y en la médica. La dominación puede considerarse como la característica típica de

órdenes del médico sin cuestionamiento alguno. Tal actitud respondía a la convicción de que el médico sólo buscaba el beneficio del paciente; ambas partes de la relación tenían enemigos comunes contra quien luchar, la enfermedad, el dolor y la muerte.

En pocos documentos literarios se ve esto tan claro como en la *República* de Platón, el libro que, por otra parte, ha configurado la politología occidental durante más de un milenio. Para Platón, [...] toda sociedad política bien construida ha de estar formada por varios tipos de personas. En primer lugar, por aquellos que se dedican al cultivo de las llamadas artes serviles o mecánicas (agricultura, industria fabril, carpintería, herrería, albañilería, etc.). De estos dice Platón que son, como consecuencia de su propio trabajo, deformes de cuerpo e innobles de espíritu. En ellos no hay salud ni moralidad posibles. Por eso su estatuto político no puede ser el de las personas libres, sino el de los siervos o esclavos. Carecen, pues de libertades políticas y civiles. Lo contrario les sucede a aquellos otros hombres que dentro de la ciudad se dedican al cultivo de las artes liberales o escolares (aritmética, geometría, música, astronomía), y que Platón identifica con el estamento de los guardianes. Estos han de cumplir en la ciudad una doble función, la de defenderla de las amenazas exteriores (para lo cual deben ser sanos y fuertes de cuerpo) y la de poner orden y paz en las disputas internas (lo que no puede conseguirse más que con una buena educación moral y un exquisito sentido de las cuatro virtudes cardinales: la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza. Si los artesanos eran de condición enfermiza y poco moral, estos han de considerarse, por el contrario, como sanos de cuerpo y de alma. Por eso pueden ser hombres libres y gozar de libertades. De entre los mejores de ellos saldrán los gobernantes, que para Platón han de tener categoría de hombres perfectos. De ahí que al gobernante de la *República* le sea inherente la condición de filósofo, y por tanto el dominio de la ciencia más elevada, la dialéctica. Mediante ella, el filósofo puede diferenciar lo verdadero de lo falso, lo bueno de lo malo, lo justo de lo injusto, y transmitirlo, en tanto que monarca, a la comunidad. El gobernante platónico “impone” los valores a los demás miembros del cuerpo social. Es un soberano absoluto y absolutista, todo lo contrario de un gobernante democrático. Los seres humanos, los habitantes de la ciudad, no son sujetos primarios de derechos y libertades políticas, algunas de las cuales delegan en el soberano; muy al contrario, el gobernante lo es por naturaleza, y las libertades de que gozan los ciudadanos les vienen impuestas desde arriba. El orden moral, en concreto, es la consecuencia de la percepción privilegiada que el monarca tiene del mundo de las ideas, sobre todo de la idea de bien. La función del gobernante no es otra que la de mediar entre el mundo de las ideas y el de los hombres. Por extraño que parezca, pues, el orden moral, no surge de la libre aceptación sino de la imposición. Es bien sabido que en la tradición socrática ambos conceptos no son antagónicos, ya que quien percibe el bien no puede no apetecerlo. Lo libre no se opone a lo necesario. Obligando a sus súbditos a cumplir con el orden moral impuesto, el gobernante platónico no hace otra cosa que promocionar la libertad de todos y cada uno de los individuos. Tal es la justificación moral del absolutismo político. Y si el término de monarca o gobernante se sustituye por el de médico, y el se súbdito por el de enfermo, se tiene una imagen fiel de lo que tradicionalmente ha sido el despotismo ilustrado del médico. El médico ha sido siempre al cuerpo lo que el monarca a la república: hasta las revoluciones democráticas modernas, un soberano absoluto y absolutista, siempre oscilante entre el paternalismo de las relaciones familiares y la tiranía de las relaciones esclavistas.

las profesiones y como fundamental diferencia con las ocupaciones y oficios”. Cfr. Fracapani de Cuitiño, Marta Et. Al. *Bioética: Limitaciones en el Tratamiento*. Argentina. Lumen. 1997. Pág. 29

Este universo intelectual no cambió de modo sustancial hasta bien entrado el mundo moderno. Si la reforma protestante pretendió y consiguió algo, fue sustituir la idea de “orden” por la de “autonomía”; o también, el orden “natural” por el orden “moral” o de la “libertad”. Surgió así el segundo gran paradigma moral de la historia de Occidente. Su historia se confunde con la del progresivo descubrimiento de los derechos humanos, desde Locke hasta nuestros días. Según fue imponiéndose esta mentalidad, las viejas relaciones humanas establecidas conforme a la idea medieval del orden jerárquico, empezaron a verse como excesivamente verticales, monárquicas y paternalistas. Como alternativa a ellas, se propusieron otras de carácter más horizontal, democrático y simétrico. Con este espíritu se realizaron las grandes revoluciones democráticas del mundo moderno, primero la iglesia, después la norteamericana, más tarde la revolución francesa.

4.1.2 El papel de la bioética.

Es imposible entender el sentido de la bioética médica si se desliga de este contexto. La bioética es una consecuencia necesaria de los principios que vienen informando la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos. Si a partir de la ilustración ha venido afirmándose el carácter autónomo y absoluto del individuo humano, tanto en el orden religioso (principio de la libertad religiosa) como en el político (principio de la democracia inorgánica), es lógico que esto llevara a la formulación de los que podemos denominar el “principio de libertad moral”, que puede formularse así: todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal debe ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas. Lo mismo que el pluralismo religioso y el pluralismo político son derechos humanos, así también debe aceptarse como un derecho el pluralismo moral. Ninguna moral puede imponerse a los seres humanos en contra de los dictados de su propia conciencia. El santuario de la moral individual es insobornable.

El pluralismo, la democracia, los derechos humanos civiles y políticos han sido conquistas de la modernidad. También lo ha sido la ética en sentido estricto, es decir, lo moral como contradistinto de lo físico. No puede extrañar, por ello que el desarrollo de la ética haya estado unido a la democracia y los derechos humanos. Todas las revoluciones democráticas, las que han tenido lugar en el mundo occidental a partir del siglo XVIII, se hicieron para defender estos principios. Ahora bien, lo curioso es que este movimiento pluralista y democrático, que se instaló en la vida civil de las sociedades occidentales hace ya siglos, no ha llegado a la medicina hasta muy reciente ha venido obedeciendo más a las pautas señaladas por Platón que a las de corte democrático. En la relación médico-enfermo se ha venido considerando que este, el enfermo, no es solo un incompetente físico sino, también moral, y que por ello debe ser conducido en ambos campos por su médico. La relación médico-enfermo ha sido tradicionalmente, por ello, paternalista y absolutista. El pluralismo, la democracia y los derechos humanos; es decir, la ética, entendida esta en sentido moderno, no ha llegado a ella hasta los últimos años. Fue en la década de los setenta cuando los enfermos empezaron a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables, que no quieren establecer con sus médicos relaciones como las de los padres con sus hijos, sino como la de personas adultas que mutuamente se necesitan y se respetan. La relación médica ha pasado así a basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella, los médicos, los enfermos, etc.

Cuando todos los seres humanos que componen un grupo social viven de forma adulta y autónoma, hay mucha probabilidad de que no solo en el mundo de la política, sino también en el de la moral y el de la religión, mantengan posiciones diferentes. De aquí derivan dos consecuencias: Primera, que una sociedad basada en la libertad y la autonomía de todos sus miembros ha de ser por necesidad plural y pluralista; es decir, que sus miembros no solo tendrán opiniones políticas, religiosas, morales, etc., distintas, sino que además se comprometerán a respetar las de todos los demás, a condición de que también estos respetan las suyas. Y, la segunda, que además de plural esa sociedad habrá de ser secularizada, ya que resultará prácticamente imposible lograr la uniformidad en materia religiosa.

Durante los muchos siglos en que prevaleció la filosofía griega del orden natural, que pronto cristianizaron los teólogos, la ética médica la hicieron los moralistas y la aplicaron los confesores. Al médico se le daba todo hecho, pidiéndole —o exigiéndole— que lo cumpliera. Tampoco se entendía muy bien que los casos concretos pudieran provocar conflictos graves, sustantivos, ya que una vez establecidos los principios generales, de carácter inmutable, lo único que podían variar eran las circunstancias. Dicho en otros términos: a lo largo de todos esos siglos no existió verdadera “ética médica”, si por ella se entiende la moral autónoma de los médicos y los enfermos; existió otra cosa, en principio heterónoma, que podemos denominar “ética de la medicina”. Esto explica por qué los médicos no han sido por lo general competentes en cuestiones de “ética”, quedando reducida su actividad al ámbito de la “ascética” (cómo formar al buen médico o al médico virtuoso) y de “etiqueta” (qué normas de corrección y urbanidad deben presidir el ejercicio de la medicina). La historia de la llamada ética médica es buena prueba de ello.

Debemos partir de un doble reconocimiento: primero, que la ciencia como tal se rige por valores de verdad o de error, no de bien o de mal, la ciencia es verdadera o falsa; no es ni buena ni mala. No persigue valores éticos, sino epistemológicos, científicos, en sentido estricto. Su finalidad es el conocimiento adecuado y correcto.

El uso del conocimiento no depende propiamente de la ciencia, pues está más allá de la ciencia misma. En este sentido, se insiste mucho en que la ciencia o el científico son neutrales con respecto al uso que se le dé al conocimiento.

Por otra parte, no se puede dejar de reconocer que la ciencia está inscrita en un contexto mayor, que aparte de autonomía la ciencia depende de un contexto social, histórico y humano. La autonomía es relativa puesto que la ciencia misma depende de condiciones económicas, culturales, educativas y sociales; y, por otro lado, tiene fines éticos sociales y humanísticos, como la necesidad de atender al bien común y de estar al servicio del hombre.

El problema es cómo superar estos dos contextos: el de la ciencia y su autonomía, y el de la humanidad en general. Es necesario tomar en cuenta que debe existir un libre fluir de la ciencia, pero dentro de una dirección o una finalidad de carácter ético.

Conciliar ese libre fluir es imposible si no hay un permanente diálogo entre la ciencia, la ética, el derecho y demás disciplinas afines. Se trata, tal como lo dice la

Declaración Universal del Genoma Humano, de balancear la libertad de la investigación científica y la necesidad de proteger a la humanidad de posibles abusos.

Tal balance es, posiblemente, una de las cuestiones claves a las cuales está abocada, en su esencia misma, la bioética. Esta cuestión nos remite a otra que quizá sea la más importante: ¿Cómo hacer compatibles los valores de carácter universal con el devenir y la autonomía de la vida ética y la vida científica?

La relación entre medicina y ética se remonta a los primeros testimonios escritos y seguramente es tan antigua como la humanidad misma: desde que el hombre aprende a curar aprende que su “saber” conlleva un “poder” y que éste tiene dos filos: que es poder de vida o de muerte, y que debe, por tanto, someter ese poder a criterios y valores éticos; aprende que sólo la ética permite superar esa ambigüedad haciendo que dicho poder se realice en su sentido positivo, como principio de vida, de salud y de bien.⁵

En la actualidad existe el problema de las relaciones interhumanas, que a lo largo de la historia han sido relaciones de dominio, de lo que los filósofos han llamado estructuras de amo-esclavo, de sujeto-objeto. Tanto en el espacio colectivo de las relaciones de dominio político, como entre dos seres humanos o dos diferentes grupos humanos, parecería que sólo tenemos posibilidad de relacionarnos en la medida en que uno domina y el otro es dominado. Sólo en la creación estrictamente ética del amor se trasciende esa estructura de dominio.

En medicina, además, esto se acentúa porque la relación médico-paciente es asimétrica por definición: existe una natural desventaja y dependencia del paciente adulto mayor con respecto al médico y hay un estado de saber creciente del médico con respecto al enfermo. Si no hay una actividad ética, la tentación del dominio se torna enormemente fuerte en esta relación.

Por otra parte, y quizá este es el aspecto filosófico más importante, está el hecho de que la enfermedad en el anciano es una situación límite ante la propia condición humana y ante la muerte. Pero, sobre todo, la enfermedad hace recordar que somos cuerpo, vida, materia. En la salud se olvida la pertenencia a la tierra. En cambio, la enfermedad recuerda que somos un órgano determinado, o un cuerpo determinado, y nos regresa a nuestra condición natural y material.

En tratándose de la medicina y la ética médica, la ética cobra una singular relevancia ante estas circunstancias, como si en este campo las exigencias de índole moral se intensificaran y multiplicaran, e incluso, cuando se piensa en ética profesional suele pensarse ante todo en la ética médica. Como si el médico tuviera que ser “más ético” que todos los demás profesionistas y que todos los demás seres humanos. Lo cual no es precisamente así, pero es indicador de una peculiar significación ética de la medicina.

La ética médica, desde luego, no es un mero código o un mero “juramento”. Es cierto que en las más diversas culturas han existido conjuntos de reglas explícitas destinadas a imprimir un sentido ético a la actividad de los médicos.⁶

⁵ González V., Juliana. *El poder de eros: Fundamentos y valores de Ética y Bioética*. Paidós. México. 2000. Pág. 249.

⁶ Ibid.

Entre los hindúes, los chinos, los japoneses, los precolombinos; el Código de Hamurabi entre los babilónicos y, por supuesto, el juramento hipocrático entre los griegos. Lo que en particular le da validez a este último, hasta el presente, no es aquello que tiene de meramente normativo y circunstancial, que resulta a todas luces obsoleto, sino lo que está implícito y subyace en el fondo de éste y de todos los códigos y juramentos médicos, como algo verdaderamente universal e imperecedero: el reconocimiento de *la intrínseca necesidad de que la medicina se rija por principios éticos*, y más concretamente aún, de *que el médico posea virtudes personales de índole moral*, como la bondad, la comprensión, la honestidad, el respeto irrestricto a la vida y a la dignidad del paciente —entre otras—. Está en el fondo, en efecto, la clara conciencia de que no es indiferente la calidad moral del médico respecto de su capacidad científica y técnica para curar; que el médico debe atender no sólo a su formación científica, sino a su propio perfeccionamiento moral.⁷

Es esta significación ética de la medicina, esta conciencia de la “ética médica”, lo que ha estado presente en todas las culturas y en todas las épocas y que, de manera particular en nuestro tiempo, adquiere especial relevancia, fundamentalmente porque es algo que, en múltiples formas, se encuentra amenazado.

Y hay al menos tres principales razones por las cuales la medicina remite necesariamente a la ética.

En primer lugar, porque el poder mismo que conlleva el saber médico es de tal alcance y cualidad que lo responsabiliza de manera extrema; se trata de cuestiones de vida o muerte, de curación o destrucción. Y junto con *la responsabilidad*, son virtudes eminentemente éticas el cuidado, el estado de conciencia y atención, el esfuerzo, la entrega, el empeño incondicional por hacer lo mejor posible; virtudes todas que, en efecto, han de darse unidas a la competencia científica y a la habilidad profesional del médico.

En segundo lugar, la ética remite a la medicina por los significados fundamentalmente éticos que tiene para el hombre *la enfermedad* —y por supuesto *la muerte*—. La enfermedad es “situación límite” y lo es porque en ella se tocan “confines” o “bordes”: el de la muerte, el del sufrimiento e incluso el de la propia condición humana. La enfermedad pone al hombre ante su situación corpórea, ante el hecho de ser *naturaleza*: naturaleza biológica y física; de que su cuerpo esté sometido a las leyes de la vida natural y de la materia misma. Parecería que la enfermedad fuera el gran recordatorio de esta pertenencia del hombre a la corporeidad y, por ello mismo, a la caducidad y a la muerte.

Pero es evidente que si algo caracteriza esencialmente al ser humano es su condición intrínsecamente contradictoria, el hecho de ser naturaleza y no serlo al mismo tiempo, de no escapar a su condición corporal y a la vez no reducirse a mero cuerpo. En todo momento, aún en la muerte, nuestro cuerpo es cuerpo “humano”. Lo distintivo de la naturaleza humana es su “segunda naturaleza” (su *ethos*), su naturaleza moral y cultural; su literal sobre-naturaleza que se eleva sobre la naturaleza primera, trascendiéndola, aunque sin romper con ella. El enigma del hombre es esta contradicción interna, esta doble condición suya, “natural” y “espiritual” a la vez,

⁷ Ibid.

corpórea y anímica, a veces manifiesta en conflictos desgarradores, a veces fundida en armonía sublime, como ocurre con eminencia en el arte. Y tan cierta como la pertenencia del hombre a dos mundos es su indudable unidad “psico-somática”, cada vez más confirmada por la ciencia y en especial por las ciencias médicas y biológicas. El enigma del hombre es la insuperable paradoja de su *dualidad y unidad simultáneas*.

Por ello mismo la enfermedad reclama de manera especial *la respuesta ética del enfermo*, apela al resurgimiento de las fuerzas espirituales, a la fortaleza moral como posible factor de salud, si es el caso. Y de no serlo, si el desenlace es la muerte, la respuesta ética es la única fuente de esperanza para enfrentar *humanamente* el sufrimiento y el destino mortal; *es la posibilidad de morir “vivo”, por así decirlo, de no perder el alma ni la condición humana*. Sólo el esfuerzo ético restablece la naturaleza propiamente humana del enfermo o del moribundo, su condición esencial de “persona”, suprema meta moral, ciertamente; tan difícil y heroica, como rara de alcanzar, basta, sin embargo, que un solo ser humano trascienda moralmente su situación de sufrimiento y muerte para probar ese radical misterio de la autonomía del alma.⁸

Esto por lo que respecta al enfermo adulto mayor, pero por lo que se refiere al médico, nada lo exime de regirse por el mismo imperativo ético de asumir al enfermo como *persona*, en su plena dignidad e integridad, aun cuando él no lo haga; nada lo justifica para no actuar éticamente ante él. Es aquí donde cobra su plena significación la exigencia de la ética médica.

Y la tercera razón de la necesaria liga entre la ética y la medicina es, en efecto, el significado señaladamente ético de esa relación interhumana singular que es la relación médico-paciente. Es evidente que el paciente se halla ante el médico en situación de profunda vulnerabilidad e impotencia ante su mal; en situación de “*in-firme*”, y la mayoría de las veces, sometido a su propia enfermedad, su edad avanzada, reducido en distinto grado a su condición corpórea. Y es cierto también que al médico, cuando no se trata del psicoterapeuta, le corresponde atender a ese cuerpo, procurar su salud física y actuar con toda competencia científica y técnica. Pero es aquí donde interviene el *ethos* (la actitud ética) del médico. La situación originaria se presta a favorecer una relación médico-paciente tanto de *dominio y sometimiento* como de deshumanización y cosificación, que sólo la actitud ética puede superar y que compete particularmente al médico.

El médico está éticamente obligado a ver en el paciente al hombre, con su plena humanidad, su dignidad y su integridad; a ver su “cuerpo” como “cuerpo humano”, irreductiblemente humano, aún cuando lo deba tratar en su corporeidad. El médico está éticamente obligado a ver en el adulto mayor a la persona, siempre como *fin* en sí mismo, nunca como *medio*. El *ethos* del médico se cifra en su capacidad de un genuino respeto por el paciente, de comprensión e incluso compasión por él, de un “sentir con” el otro, padecer con él; se cifra en su capacidad de apoyo, generosidad, solidaridad, estímulo a su esperanza, “benevolencia” y “beneficencia”; de una vinculación humanizada, en suma.

El panorama actual es muy distinto, en una sociedad en que todos sus individuos son, mientras no se demuestre lo contrario, agentes morales autónomos, con criterios

⁸ Véase González V., Juliana. *El poder...* Op. Cit. Capítulo III. “El *ethos* ante la muerte”.

distintos sobre lo que es bueno y lo que es malo, la relación médica, en tanto que relación interpersonal, puede ser no ya accidentalmente conflictiva, sino esencialmente conflictiva.

Por otro lado, la antigua confianza que distinguía tal relación ha sido sustituida por el temor y la falta de credibilidad. La práctica médica en grandes hospitales y la alta tecnología han deshumanizado la interacción, y no son pocos los casos en que el anterior binomio se ha transformado en una lucha frontal. Es común, oír de grupos que luchan por la protección de los derechos del paciente, pero también por los de los médicos. No obstante este deterioro, es de reconocerse la clara y constante preocupación para que la práctica médica, además de ser una actividad científica, se sostenga en valores éticos y morales.

Tenemos frente a nosotros una nueva práctica médica que debe dejar atrás la tradicional interrelación paternalista y vertical para ser sustituida por una nueva visión, más plural y deliberativa, que permita afrontar adecuadamente las situaciones que diariamente se presentan en los hospitales.

El conflicto sube de grado si se tiene en cuenta que en la relación sanitaria pueden intervenir, además del médico y el paciente, la enfermera, la dirección del hospital, la seguridad social, la familia, el juez, etc. Todos estos agentes o factores de la relación médico-paciente pueden reducirse a tres, el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio de “autonomía”; el médico, por el de “beneficencia”, y la sociedad, por el de “justicia”. Naturalmente, la familia se rige en relación al enfermo por el principio de beneficencia, y en este sentido actúa moralmente de un modo muy parecido al del médico, en tanto que la dirección del hospital, los gestores del seguro de enfermedad y el propio juez, tendrán que mirar sobre todo por la salvaguarda del principio de justicia. Esto demuestra, por lo demás, que en la relación médico-enfermo están siempre presentes estas tres dimensiones, y que es bueno en el que así sea. Si el médico y la familia se pasaran con armas y bagajes de la beneficencia a la justicia, la relación sanitaria sufriría de modo irremisible, como sucedería también si el enfermo renunciara a actuar como sujeto moral autónomo. Los tres factores son esenciales. Lo cual no significa que siempre hayan de resultar complementarios entre sí, y por tanto no conflictivos. La realidad es más bien la opuesta. Nunca es posible respetar completamente la autonomía sin que sufra la beneficencia, respetar esta sin que se resienta la justicia, etc. De ahí la necesidad de tener siempre presente los tres principios, ponderando su peso en cada situación concreta. Como diría David Ross, esos tres principios funcionan a modo de deberes primarios, que es preciso ponderar en cada situación concreta. Solo entonces se verá cómo pueden articularse entre sí, dando lugar a deberes concretos o efectivos. Así, por ejemplo, a pesar de que todos consideramos necesario respetar escrupulosamente la autonomía de las personas, creemos que en los casos de guerra justa el Estado puede obligar a los individuos a que den su vida (es decir, su autonomía) a favor de los demás. Aquí se ve bien cómo un deber primario, el de respetar la autonomía de las personas, puede no coincidir con el deber concreto y efectivo, precisamente como consecuencia de la necesidad de respetar otro deber primario, el de la justicia, que en este caso concreto parece ser de rango superior.

La bioética actual ha de hacer lo posible por respetar escrupulosamente y al mismo tiempo la autonomía, la beneficencia y la justicia. Está obligada a hacerlo así, y sin embargo sabe que este objetivo es en la práctica muy difícil, y a veces rigurosamente imposible. Así las cosas, es evidente que la urgencia de los problemas concretos y cotidianos no puede liberarnos de la exigencia de rigor sino que, muy al contrario, nos

obliga a extremar las precauciones y fundamentar del modo más estricto posible los criterios de decisión. Cuando las cuestiones son tan graves que en ellas se decide la vida de los individuos y las sociedades, como con frecuencia sucede en medicina, entonces es preciso aguzar la racionalidad al máximo y dedicar todo el tiempo necesario a los problemas de fundamentación.

La relación médico-paciente constituye, dentro de las relaciones humanas, una de las “más complejas e intensas”. Es una relación entre iguales, pero no una relación horizontal, la que media entre el enfermo y el médico; el que sufre un padecer y el que tiene el poder de curar. Ambos, paciente y médico, dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Se trata de una relación humana dinámica y en constante movimiento”. (Casa Madrid). En ella concurren la cultura, la ciencia, la tecnología, la religión, la magia, la moral, la ética (Naime Libián). Aquí “se dirimen la salud y la enfermedad, la vida y la muerte” (Ortiz Quesada).

Por otro lado, en este espacio de posibles controversias no figuran solamente -en la actualidad- el médico y el paciente, los dos solitarios personajes de la relación histórica. Hoy día concurren otros sujetos que infunden a la relación el aspecto de un poliedro de múltiples caras, cada una con sus potenciales exigencias complicaciones y soluciones. El triángulo visible se integra con pacientes profesionales e instituciones de salud pero a éstos es posible agregar –o en ellos es factible advertir- otras categorías concurrentes: familiares del paciente, enfermeras, técnicos auxiliares, dirigentes administrativos, todos ellos involucrados en una relación extraordinariamente compleja (Parest Gómez), de cuyo desenlace depende de buena medida, finalmente, la salud del enfermo.

La entronización y la proliferación de derechos ha creado un nuevo sujeto en la vida social, dotado de la facultad de exigir lo que le pertenece, no por generosidad de otra persona o de una instancia superior, sino por disposición de la ley: un mandamiento que relevado la voluntad del soberano uní personal por la voluntad del soberano popular. Es así que el ciudadano asume la conciencia de los derechos que tiene que le han sido explícitamente reconocidos, cada vez más. Otro tanto ocurre en el ámbito que interesa a este trabajo. La “sociedad empieza a hacerse sentir”; el paciente tiende a acumular el poder y a pesar de términos de satisfacción personal a “la interacción conciencia-confianza”, que alguna vez definió la relación médico-paciente, se convierte en una de “obligación-recelo” en la que los participantes se vigilan unos a otros” (Lifshitz). En otros términos, “el paciente reclamado su voz y expresado sus deseos, conquistado y sigue ganando derechos, significando sobre todo la intención humana de declararse responsable de su propia vida y asumir lo que significa tal responsabilidad”. (Viesca Treviño).

A todo lo anterior es preciso añadir otros hechos, para comprender la nueva relación médico-paciente y las implicaciones que tiene en la aparición y solución de conflictos que tienden a enrarecer el modelo de consensos que alguna vez prevaleció sin mayor disputa. Entre aquéllos cuenta el distanciamiento humano entre el profesional y el destinatario de su servicio: una nueva “clientela”, más institucional que personal, muy abundante -hasta llegar hacer abrumadora-, supera la capacidad del médico para brindar al paciente la atención detallada y concentrada que alguna vez le concedió y que éste demanda. De la distancia proviene la desconfianza, y de ésta, la aparición de conflictos. La medicina institucional que permite llevar servicios de salud a millones de personas

que de otra forma no podrían obtenerlos carecen del “calor” que pudo tener el tratamiento tradicional.

El uso de nuevos medios tecnológicos que se multiplican sin cesar, contribuye también a modificar radicalmente esta delicada relación. Descubrimientos espectaculares, que generan magníficas expectativas para la prolongación y la protección de la vida suscitan igualmente peligros o provocan decisiones –al final de severos dilemas, en los que se ven comprometidos los principios éticos y las normas jurídicas- que traen o pueden traer consigo litigios y conflictos. El horizonte de la investigación puede ser también –y suele ser- un horizonte para las controversias, no solo científicas, como es natural, sino también jurídicas y morales.

Hoy día, el espacio que antes se llenó con algunos consejos y ciertos compromisos éticos aparece poblado con sendos catálogos de derechos y obligaciones. Cada personaje de la relación se atrincheira necesariamente en la codificación de sus derechos y deberes, que han sido materia de declaraciones y resoluciones internacionales y nacionales. Los hay de carácter general, paramédicos y pacientes y los hay de naturaleza específica para ciertas categorías: derechos de los pacientes menores, de las mujeres de los adultos mayores de los enfermos mentales, de los discapacitados, de los sujetos a investigación, y así sucesivamente. Los médicos, por su parte se guarecen en sus propios catálogos de derechos. Ya no se limitan éstos, como ocurrió en el tiempo de las profesiones liberales que todavía se refleja en la legislación civil de antiguo cuño, a la posibilidad de cobrar los honorarios debidos. Hoy es preciso sembrar el camino de derechos diferentes y sobre todo, de precauciones crecientes. Es natural que así sea: ese camino se haya también sembrado de riesgo que pueden volcar sobre el facultativo gravísimas consecuencias.⁹

El logro de una buena relación médico-enfermo debe constituir un medio beneficioso y necesario para aplicar los conocimientos actuales sobre la mejor forma de poder combatir cada enfermedad, sin detrimento de la libertad y dignidad del enfermo.

A veces no resulta fácil establecer una relación idónea. El secreto tal vez está, como decía Peabody (1930) en “tenerle cariño al paciente”, pero sin que se pierdan por eso las características propias de una relación profesional.

Como se recomendaba en el texto anteriormente citado, el médico debe tratar a sus enfermos con “una familiaridad noble y atractiva, que a un mismo tiempo infunde respeto y se granjea la confianza”. Ambos factores, respeto y confianza, tal vez sean los elementos más imprescindibles para lograr establecer y mantener una adecuada relación médico-enfermo.

El impetuoso avance en el desarrollo científico y tecnológico, en donde la comunicación de personas ubicadas en lugares significativamente distantes en el globo terráqueo se mide por fracciones de segundo, en donde las herramientas tecnológicas ya son tan asequibles para la mayoría de las personas, en donde el conocimiento científico ha llegado a descubrir y explicar fenómenos que hace un par de décadas era inimaginable poder dominar, en donde la aplicación de todos esos avances en la propia

⁹ García Ramírez, Sergio. *La Relación médico paciente: consenso y conflicto*. Revista CONAMED. Vol. 7. Num. 2. Abril-junio. 2002.

persona ha sido polémica y controvertida, en donde la ética de la ciencia y la ética de la tecnología aparecen para hacer frente a esos problemas de este desarrollo, tal vez sea el sello más característico de esta época que estamos viviendo. El hombre en su necesidad de buscar la verdad de las cosas construye las herramientas y las formas para llegar a él, esa búsqueda no tiene límites como no la tiene la capacidad del hombre de explicar y descubrir el mundo que lo rodea. Es precisamente él, el hombre, quien hace ciencia, él plantea los objetivos que desea alcanzar sobre un objeto determinado, asienta las conclusiones y él decide su aplicación en beneficio de su propia existencia y es aquí donde cobra un papel relevante la tecnología, la ciencia aplicada.

Pero una de las controversias más relevantes en la actualidad para filósofos, juristas, teólogos, científicos, etcétera es que parece que la ciencia, por un lado y, la técnica, por el otro, guían la actuación del hombre; los papeles se han invertido, ahora él es quien debe ir al paso de los sucesos científicos, ahora él se adhiere a la veloz carrera del progreso científico y esto nos lleva a una primera reflexión: ¿tendrá el hombre la decisión sobre los objetivos de la ciencia moderna? ¿El hombre decide sobre la aplicación del conocimiento científico generado o se aplica por inercia? Ante esta y otras preocupaciones se han buscado respuestas certeras que permitan poner la ciencia y la tecnología al beneficio auténtico del hombre y surge así la bioética, no como una nueva ética, no con nuevos valores, sino con un nuevo y cambiante objeto de estudio. Esta nueva disciplina tiene cabida en un sin fin de actividades humanas pero en el presente trabajo sólo se ha hecho referencia a su aplicación en el cuidado y atención del adulto mayor.

4.2 La bioética médica contemporánea.

El término bioética, que deriva de los vocablos griegos *bios* que significa vida y *ethos* entendida como ética, fue utilizado por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 en un artículo emblemático titulado “Bioethics the science of survival”. Un año más tarde se adoptó en esta denominación en la monografía presentada con el título “*Bioethics: bridge to the future*”, lo cual confirma el nacimiento de una nueva y, para muchos, fascinante disciplina. Se afirma que quien puso exitosamente en circulación esta denominación fue André E. Hellegers en 1971 estructurando académicamente la nueva disciplina para la “Georgetown University” de Washington y ampliando el campo de estudio que le había asignado Potter. Para Reich, famoso editor de la Enciclopedia de Bioética, el legado de Potter es el de haber acuñado el término bioética por primera vez como una nueva disciplina, que combinaba el conocimiento biológico de las ciencias de la vida con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Identificó el problema acuciante que lo llevaba a plantear el nuevo campo de conocimiento: el de la supervivencia humana, que era además de biológica, cultura y humana. Otro legado, el de proveer el sentido restringido a esta nueva disciplina, esto es la bioética entendida como ética médica renovada, sería atribuido a Hellegers.

La bioética se refiere a una disciplina racional aplicada a los procesos vivos, normalmente ella sería la ética de la vida biológica o ética de la biología. El golpe de gracia que consagró este término, con todo su gancho y hechizo actual, tuvo lugar en 1971 cuando se creó el Instituto Kennedy para el estudio de la reproducción humana y “Bioethics”, dependiente de la universidad de Georgetown. Algunos expertos coinciden

en que fue el obstetra André E. Hellegers quien determinó el significado práctico que se le ha asignado al mágico y fascinante término, que desde su nacimiento ha desafiado la clásica aplicación de la ética consagrada por la filosofía. Él consideraba que la bioética constituía una única disciplina que combinaba ciencia y ética; que sus componentes científicos eran las ciencias biológicas y sociales, y el momento ético de la disciplina incluía elementos de la teología moral y de ética secular. Por otra parte, las primeras bases de esta disciplina ya estaban presentes cuando Daniel Callahan y Willard Gaylin en la década de los años 60 participaron en la fundación del “Hastings Center” neoyorquino, donde se prestó especial atención a los problemas éticos que se planteaban con particular dramatismo en el campo de la investigación científica y experimentación biomédica. Antes de la explosión actual de la investigación y manipulación genética se empezaron a denunciar abusos clamorosos en el campo de la experimentación con seres humanos. Estaba en juego la propia sobrevivencia de la humanidad. Ante el creciente poder manipulador de los científicos sobre la vida del hombre y de la naturaleza en general se puso a discusión la cuestión de fondo sobre si todo lo que es técnicamente posible puede ser éticamente aceptable. De ahí que la bioética se perfiló como la disciplina que tiene como objeto salvaguardar los valores del hombre frente a las intervenciones biomédicas en el sentido más extenso de la palabra. Con el descubrimiento del ADN después de la Segunda Guerra Mundial por Francis Crick y James Watson en la carrera del desciframiento de los genes cuya etapa actualmente más fascinante es el proyecto genoma, el cual eleva a esta disciplina a un rango tan importante para ser considerada la más relevante para las economías en el futuro orden mundial.

Existen innumerables definiciones acerca de lo que es la bioética, una muy acertada es la que se refiere a ella como el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas; otra, igualmente válida, afirma que es la búsqueda de soluciones a conflictos de valores éticos en el mundo de la intervención biomédica.

Por otra parte, los temas de la bioética son la vida y la muerte el progreso técnico y la tecnología para la salud. Sin embargo, las relaciones que ésta temática tiene no solo con el ejercicio de las profesiones de salud sino con casi todos los ámbitos de la vida social, hace que su influencia trascienda sus límites y en el terreno de la medicina, por ejemplo, haya generado modificaciones en la ética clínica, la investigación y la docencia. En suma, que con la influencia de la bioética la ética medica se ha renovado.

Para Pellegrino,¹⁰ director del Centro de Bioética Clínica de la Universidad Georgetown en Washington, la ética médica ha sufrido una profunda transformación en los últimos 30 años en respuesta desde luego, a las nuevas condiciones políticas económicas sociales y jurídicas, pero sobre todo, como consecuencia de haber sometido el cuerpo completo de la ética medica a la disposición filosófica, al cuestionamiento e investigación. Influencia de la bioética en la práctica clínica.

¹⁰ Lifshitz G, Alberto. *La Revolución de la Bioética su influencia sobre la ética médica*. Med. Int. Mex. 2002. 18(6). Págs. 307-312. Y Pellegrino. E. *The metamorphosis of medical ethics. A 30-year retrospective*. JAMA 1993. 269. Págs.1158-1162.

4.3 Los principios fundamentales de la bioética.

Las reflexiones sobre la práctica clínica suscitadas por el movimiento de la bioética tienen que ver con toda la ética médica pero, sobre todo, con el nacimiento y la muerte, las relaciones entre el médico y el paciente y el vínculo de la práctica médica con la tecnología se han revitalizado cuatro principios de la bioética a partir de la propuesta de Beauchamp y Childress:¹¹ autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia.

El principio de autonomía significa un giro de 180 grados en las consideraciones sobre la relación médico-paciente, comparado con lo que ocurría en un pasado no muy lejano, que estuvo dominado por el principio de beneficencia en la forma de una de sus expresiones más comunes, el paternalismo. El modelo tradicional (hipocrático) en las interacciones entre el médico y el paciente, que ha prevalecido por más de 2,000 años concede al médico una autoridad casi absoluta, de tal manera que se constituye una relación totalmente asimétrica en la que el paciente sólo obedece, ya que se le escatima el reconocimiento a su capacidad de decisión, dado que carece de información técnica sobre la medicina. Como se considera que el paciente es incapaz, el médico tiene que tomar todas las decisiones, por supuesto a favor del paciente. En la práctica, el paternalismo puede adoptar una modalidad autoritaria o una benevolente pero, en ambos casos, excluye al paciente de las decisiones. El principio de autonomía, por su parte señala que el paciente tiene el derecho de participar en las decisiones médicas que le conciernen e, incluso, negarse a seguir las prescripciones del médico si no le parecen convenientes. Por supuesto que hay requisitos para ejercer directamente este derecho, como son el que el paciente esté perfectamente informado y que sea competente, es decir, que sea capaz de entender esta información y tomar decisiones por sí mismo. Afiliarse a este principio acarrea nuevas responsabilidades a los médicos, como el diagnóstico del grado de competencia que tiene el paciente (no siempre sencillo) y la necesidad de informarle de forma amplia y con lenguaje comprensible para él. La autonomía significa libertad para elegir de manera razonada y con base en el reconocimiento del valor moral. Este principio ha derivado en una de las principales aportaciones de la bioética en consentimiento informado o consentimiento bajo información que lejos de ser un mecanismo para proteger a los médicos de ulteriores demandas y reclamaciones, es más bien uno para resguardar a los pacientes de eventuales abusos por parte de los médicos o del sistema de salud. Ante los pacientes incompetentes, este principio legitima a los decisores subrogados si se sustentan en los principios y valores del paciente –y no en los del decisor-, y el testamento vital o directrices anticipadas, que son las instrucciones de un paciente incompetente expresadas cuando aun era competente, aunque el documento en el que se señalan –o los deseos expresados verbalmente- tenga o no valor legal.

La sociedad se percibe ambivalente en relación con el principio de autonomía, pues hay muchos pacientes que no quieren ejercer su derecho de decisión y prefieren confiarse a ciegas a su médico, en tanto que otros pelean -incluso de forma violenta- por defender su derecho a decidir. Los médicos tampoco parecen unificados en su manera de actuar y muchos no toman en cuenta la opinión de los pacientes e imponen sus decisiones.

¹¹ Ibid. Y Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press. 2001.

Mucho se pondera la “adherencia terapéutica” como una cualidad de los buenos pacientes cuando siguen a cabalidad las instrucciones del médico.

El principio de beneficencia por su parte, es el que ha orientado durante siglos las acciones del médico al buscar la máxima ayuda posible para el paciente. No deja de percibirse una contraposición entre el principio de beneficencia y el de autonomía pues el primero orienta a que el médico busque siempre el beneficio del paciente, si se quiere, aun en contra de los deseos de éste. La transfusión sanguínea en los testigos de Jehová, la imposición de decisiones quirúrgicas y los estudios y tratamientos realizados sin antes consultar al enfermo son ejemplos de como los médicos colocan el principio de beneficencia por encima del de autonomía.

El principio de no maleficencia es la formalización del *primum non nocere* hipocrático y significa no exponer al paciente a peligros innecesarios y balancear riesgos y beneficios cualquier decisión médica implica un efecto bueno y uno malo. Una intervención quirúrgica significa resolver un daño pero también, genera otro; una inyección favorece la llegada del medicamento al sitio en el que se requiere que actúe pero, de igual forma entraña dolor y riesgo de infección o de hemorragia cualquier medicamento tiene la potencialidad de generar efectos adversos. Las condiciones para manejar esta dualidad de consecuencias se expresan en el llamado “principio del acto con doble efecto” que enuncia que el acto propuesto debe ser en si mismo bueno, que la intención del actuante pretenda solo el efecto bueno, que el efecto bueno derive del acto propuesto y no del efecto malo y que exista una proporción razonable entre el efecto bueno y la cantidad de riesgo contraído.

El principio de justicia se vincula con la equidad, con la posibilidad de ofrecer oportunidades iguales pero, también tiene que ver con la necesidad de racionar los recursos y los servicios. Si se parte del reconocimiento de que las necesidades son siempre mayores que los recursos y que incluso el tiempo de los médicos es un bien escaso que tiene que racionarse los criterios de razonamiento pueden tener que ver con la capacidad de pago del paciente, su utilidad social, la prioridad en la demanda y la pertenencia a un cierto grupo; pero, para los médicos el mejor criterio es el que se basa en la necesidad de cada paciente. Esto plantea una responsabilidad adicional para los profesionales de la medicina en tanto que tienen que identificar las verdaderas necesidades de los pacientes que no siempre son expresadas en la demanda, y considerar las expectativas en razón de acotarlas si son excesivas o de satisfacerlas si son razonables estos principios.

Han tenido una influencia indudable en la práctica médica contemporánea, si bien no han dejado de provocar confusiones. También se identifican contradicciones sobre todo entre paternalismo y autonomía entre los derechos del paciente y los del médico y en cuanto los criterios de razonamiento. Varias asociaciones médicas han hecho suyos estos principios y han sustentado en ellos el estatuto del nuevo profesionalismo que señala como sus principios fundamentales la primacía del bienestar del paciente, el respeto a su autonomía y la promoción de la justicia social en los sistemas de salud y, como responsabilidades profesionales, las de mantener su competencia, comportarse con honestidad, respetar la confidencialidad, tener buenas relaciones con los pacientes, mejorar continuamente la calidad de la atención y el acceso a los servicios, contribuir a la justa distribución de los recursos finitos, conservar el compromiso con el conocimiento científico, con la transparencia en el manejo de los

conflictos de interés y con el cumplimiento de todas las responsabilidades profesionales. Este estatuto puede convertirse en el nuevo juramento hipocrático.

La era informática se identifica con la globalización del conocimiento científico y la rápida diseminación de los descubrimientos pero, también por una sociedad más participativa exigente y consiente de sus derechos. En términos de la enfermedad la vida y la muerte el pensamiento contemporáneo tiende a liberarse de prejuicios que impiden el análisis objetivo de los problemas y la búsqueda de soluciones armónicas con el nivel de desarrollo. Las aportaciones de la bioética se centran en la oportunidad de reflexionar libremente, sin las restricciones de la tradición o el dogma, ofrecer alternativas prácticas para la vida social y reconsiderar las responsabilidades de cada uno. La ética médica se ha visto revitalizada a partir de las consideraciones bioéticas y se va definiendo mejor el papel del médico el paciente y la sociedad a favor de los valores más preciados por las profesiones de salud.

La intervención de la ética de las virtudes en la ética profesional no es indudablemente un elemento nuevo. La ética de las virtudes tiene una larga tradición en la ética profesional.

Es la profesión médica, en cuanto a actividad específica “práctica”, la que en particular resulta apta para la aplicación de la ética de las virtudes.

El ejercicio de la medicina en que se hace patente su orientación humanística es el de la valoración ética de lo que dice, calla, hace o no hace el médico ante su paciente.

La ética se ocupa de aquello que le permite al hombre en su calidad de persona alcanzar el fin que le es propio, el cual consiste en el despliegue del espíritu y, en los actos que esto implica, que le conduzca a la felicidad, la que es más bien un estado psíquico afectivo, que material; al hablar de la ética de la práctica médica debemos empezar señalando cuál es el fin del médico que se dedica a atender pacientes. Dicho fin es procurar, por los medios que proporcionan la ciencia y las tecnologías médicas, curar, aliviar o controlar los problemas de salud de sus pacientes. Partiendo de esta base, todo lo que conduzca a ese fin será éticamente bueno. Pero eso requiere de algunas explicaciones. ¿Qué características debe tener y poner en juego el médico para que sea un doctor éticamente bueno? Tal vez la mejor respuesta a esta pregunta la haya dado Aristóteles en su *Ética Nicomaquea*.

Él afirma que el hombre posee “una serie de virtudes” que se han dividido en teóricas y prácticas. Las primeras pertenecen a la pura actividad del pensamiento, son las virtudes intelectuales o especulativas. Estas son: la inteligencia, la ciencia y la sabiduría. El otro tipo de virtudes pertenece a las acciones del hombre, a su actuar en el mundo, y son: la prudencia, la discreción, el buen consejo y el arte. Por este último término se traduce la palabra griega *tekve*, que más bien quiere decir saber hacer algo, saber por qué, cómo y para qué se hace.¹² No es necesario decir que para el médico actúe éticamente ante sus pacientes necesita poseer y poner en práctica estas virtudes.¹³

Ciertamente, el médico debe poseer inteligencia, aquí entendida como la facultad de conocer, debe poseer también, como resultado de dicha facultad, pero requiriendo de un

¹² Laín Entralgo, Pedro. *La medicina hipocrática*. Alianza. Madrid. 1970.

¹³ Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Trad. Gómez Robredo. UNAM. México. 1954.

trabajo cerio y prolongado, el conocimiento de las ciencias y técnicas biomédicas. Además, el médico requiere de sabiduría para discernir ante cada paciente lo que corresponde a su enfermedad o a su padecer, lo que debe decir o callar, lo que debe hacer o no hacer.

No puede haber sabiduría médica si se desconocen las ciencias y las técnicas biomédicas, si se ignora hasta dónde éstas pueden ser útiles para resolver el problema de salud al que se aplica, si se desconocen o menosprecian sus efectos negativos.

La sabiduría se expresa en la prudencia, práctica que nos permite discernir qué acciones son buenas y cuáles son malas, permitiéndonos inclinarnos por las primeras. En el ejercicio de la medicina, la prudencia nos permite discernir lo que es mejor para el paciente, aquello que le causa los menores trastornos y actuar en consecuencia.

La discreción entendida como tacto para obrar y hablar es otra virtud que el médico debe utilizar ante sus pacientes, sobre todo cuando se les informa sobre diagnósticos y pronósticos sombríos, o bien, respecto a medidas que trastornan importantemente sus obligaciones o sus hábitos de vida.

El buen consejo es aquél que el médico da al paciente fundamentándose en las ciencias biomédicas y echando mano de su sabiduría, prudencia y discreción. El consejo va encaminado a la solución del problema de salud que está viviendo el paciente.

El arte o *tekeve* es nada menos que la virtud que el médico pone en juego ante cada uno de sus pacientes; es, como se dijo, un hacer cosas sabiendo no solamente cómo se hacen sino también por qué y para qué se hacen.

Por otra parte, hay que advertir que el fin de la práctica médica humanista es ayudar al paciente en la curación, el alivio o control de sus problemas de salud; pero se trata de ayudar al enfermo en su calidad de persona y no simplemente de cuerpo humano. Esto implica que las acciones del médico estén orientados éticamente por el respeto a la dignidad de la persona.

El “curar” y el “cuidar” es la actividad específica del médico; si él cura y cuida, es “bueno” (un profesional virtuoso) en cuanto que su actuar hace realidad el fin específico intrínseco a la acción. Las virtudes son, pues, esos rasgos del carácter de las personas que las hacen “buenas”, que ayudan a hacer realidad el fin de la acción, que lo disponen a actuar bien.

En el debate bioética contemporáneo estadounidense, la recuperación de la teoría de las virtudes está vinculada por un lado, por el influjo del pensamiento moral, y por el otro, con el movimiento de reacción a los principios. Y son cada vez, más numerosas las publicaciones en la literatura bioética que consideran la teoría de las virtudes idóneas para la aplicación en el ámbito de la biomédicina.

E. D. Pellegrino es indudablemente uno de los autores más significativos en Estados Unidos de la orientación que se inserta en la tradición clásico-medieval. Este autor considera que el concepto de virtud es un elemento esencial e ineludible en la vida moral en cuanto que la eficacia y la actuación de los principios depende de la disposición del carácter de quien actúa. Sin personas virtuosas, el sistema de ética

general no puede tener éxito. Y tanto más en la profesión médica, en cuanto que la vulnerabilidad y la dependencia de la persona enferma respecto del médico hacen que éste deba confiar no tanto en sus derechos cuanto en el tipo de persona que el médico “es”.

Pellegrino considera que la determinación de las virtudes del médico (*virtuos physician*) está estrechamente vinculada con la determinación del bien del paciente (*patient's good*) que constituye el fin prioritario del acto médico, el médico virtuoso es, por tanto, aquel que está “habitualmente dispuesto” a actuar en pro del bien del paciente cuando por bien se entiende: a) el bien clínico y biomédico; b) el bien percibido por el paciente; c) el bien del paciente como persona humana capaz de opciones racionales; d) el bien en sentido objetivo. Tales “disposiciones habituales”, son la benevolencia, la fidelidad a la confianza, la compasión, la empatía, la honestidad intelectual, la competencia, la prudencia. La elección misma de la profesión del médico “una promesa pública” de actuar en pro del bien del paciente: es una especie de “empresa moral” que implica la superación del egoísmo en el servicio altruista en los demás.

La atención se centra, en el bien del paciente (beneficencia o virtud de la benevolencia) más que en la autonomía y en los derechos del paciente a la autodeterminación en la relación médico-paciente, por tanto, la bioética de las virtudes enfatiza el bien del paciente, más que la autonomía del paciente y la utilidad social que busca, en cambio, la bioética angloamericana de los principios, como se decía, respectivamente, de orientación deontológica y utilitarista. La “beneficencia” es, puesta a disposición del carácter que constituye el fundamento ético del cual dependen las virtudes y principios de la ética profesional. Sobre esa base ética, Pellegrino propone la prioridad de la consideración del bien respecto del interés personal del médico, así como la responsabilidad y el deber de garantizar la ayuda cuando el paciente está en peligro, y la importancia en el plano educativo de la formación del carácter del médico.

En este sentido opuesto, aplica la teoría de las virtudes a la bioética T.H. Engelhart según este autor, es virtuoso aquel que respeta la autonomía de los demás y su intento de alcanzar el bien; la tolerancia es la virtud cardinal en una sociedad secularizada dominada por el pluralismo.

Teniendo cada individuo una visión diferente de la “buena vida”, cada uno debe desarrollar una disposición a tolerar y “simpatizar” con el otro.

4.4 La bioética médica en la atención del adulto mayor.

4.4.1 Formación profesional.

En virtud de los progresos de la medicina, del control de la natalidad y de la aplicación de políticas sanitarias, ha existido una marcada alteración de la estructura demográfica, caracterizada por un aumento de la duración de la vida y una disminución de los nacimientos. La consecuencia de tal fenómeno es el incremento progresivo de la población proyecta, mejor conocida como “de la tercera edad”. Bien se ha dicho que la tercera edad se está convirtiendo en la más larga de las edades de la vida.

Se considera que “anciano” es el individuo que tiene más de 60 años, calculándose que esta población, que era de 380 millones en 1980, llegará a 1.200 millones en el 2025. En Estados Unidos de Norteamérica, el 80% de todos los recursos destinados a salud se invierten en los últimos 15 años de vida. Las enfermedades más frecuentes que se observan en dicha etapa son la depresión, las cardiopatías, los tumores, las broncopatías crónicas, las enfermedades cerebrovasculares, como también la suma de varias de ellas. Tales patologías están muy de acuerdo con los procesos naturales que se presentan en el organismo humano con el paso del tiempo. No obstante, su ocurrencia causa impacto emocional quienes las padecen y entre quienes responden por éstos. Ese impacto se ve acrecentado por las condiciones sociales que suelen rodear el transcurrir del anciano y que obliga a reflexionar seriamente con criterio moral. La falta de seguridad social, la miseria, el abandono familiar, la incomprensión, suelen ser los habituales acompañantes de los ancianos en casi todos los países del mundo. Aún más, el personal salud que es en últimas en el tiene que cuidar de ellos, no siempre está preparado para cumplir inteligentemente su labor. Quiero decir que las escuelas o facultades de salud no educan adecuadamente a sus alumnos para que aprendan a darles un trato digno, humanitario.

El desarrollo de una atención integral para estas personas exige, tanto de los médicos generales como de todo el equipo de salud (enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etc.) de competencias específicas que actualmente son deficientes en una gran mayoría de profesionales de la salud que trabajan con personas de edad avanzada. De manera general no han evidencia de que la formación actual de profesionistas esté dando respuestas a éstas exigencias. Lo anterior fue constatado a través de un estudio europeo que fue discutido en el seminario denominado: “El lugar de la geriatría y la gerontología en la formación y el ejercicio de los médicos en Europa”, realizado en 1995, en París.

Desde 1950 la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha pronunciado por la introducción de la enseñanza de los problemas del envejecimiento en los planes de estudio en la formación de médicos y enfermeras. En la actualidad, la OMS sitúa a la geriatría entre las cuatro especialidades con más potencial de desarrollo en los próximos años. Así mismo, ha expresado claramente cuál ha de ser el rol de las universidades en relación a la geriatría. En los últimos decenios han habido pocos intentos serios de coordinar los servicios asistenciales para los ancianos. Se ha logrado introducir algo más: la geriatría en los planes de estudio de medicina en algunos países, pero nada indica que la actitud de los estudiantes o de la profesión médica en general hayan cambiado. Sin embargo, es imprescindible y urgente inculcar a los alumnos el ideal de servicio a la comunidad, de la que también forman parte los ancianos, a fin de prepararlos para enfrentar los difíciles problemas de la medicina actual. Los problemas que la asistencia a los ancianos plantea van en aumento, y cada adelanto importante en los tratamientos médicos contribuyen indirectamente a incrementarlos. Por ello, una de las tareas más urgentes en la actualidad es la de fomentar estudios que determinen los medios más eficaces para aplicar los conocimientos existentes y de evaluar las distintas modalidades de asistencia posible hacia los ancianos. De ese modo, se conseguiría el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles en los países poco desarrollados. Además, sin la participación activa de las escuelas de medicina y las universidades, cuántos esfuerzos se hagan por crear servicios en favor de los ancianos están condenados al fracaso, ya que será imposible contratar personal lo bastante competente

para asumir las difíciles tareas que se avecinan para atender a la población en situación de minusvalía o de dependencia.

Por otro lado, también es importante considerar cómo el desarrollo de la ciencia y los avances tecnológicos han favorecido el análisis fragmentado del individuo lo que ha traído como consecuencia, la deshumanización de la medicina y la falta de una visión integral del paciente.

En la Facultad de Medicina de la UNAM, como respuesta a esta visión unilateral científico-biologista, han surgido varias opciones que han buscado la recuperación de la parte “humanista” de la medicina, la concepción de la salud como un fenómeno integral bio-psico-social. Ejemplo de ello, fueron la creación del programa de medicina general integral A-36, el surgimiento de la especialidad de medicina familiar, así como la adopción, y recientemente la reestructuración de áreas humanísticas, sociales y psicológicas dentro de la formación del médico general a través de asignaturas en el campo de la salud pública, historia y filosofía de la medicina y psicología médica.

Sin embargo, las características de los médicos egresados de la carrera de medicina distan mucho todavía del perfil profesional deseado. Si el alumno tiene dificultad al término de sus estudios para integrar adecuadamente los diagnósticos médicos, lo que es posible detectar en el examen profesional práctico, mucho más dificultad tiene aún para poder considerar a su paciente como un ser complejo que responde integralmente como una unidad mente-cuerpo a factores de cualquier índole ya sea ambientales, genéticos, psicoafectivos, espirituales o existenciales, familiares o sociales. La falta de esta visión holística, en donde los valores materialistas tienen la mayor preponderancia, ha propiciado la pérdida del sentido humanístico de manera especial cuando hay que enfrentarse a los problemas de la salud de la última etapa de la vida.

En este sentido, cuando la medicina se confronta al reto de la atención de los adultos mayores, las deficiencias anteriores se hacen más evidentes. El objetivo basado en el paradigma de conservar la vida y mantener la salud no es tan evidente, ya que el paciente geriátrico se caracteriza por la presentación de varios procesos mórbidos a la vez y por su cercanía con la muerte. La atención médica-geriátrica requiere, por tanto, de una nueva visión que permita al profesional considerar al paciente desde una visión más integradora, que ponga énfasis en las interacciones del individuo con su ambiente interno y externo. Para lograr lo anterior resulta fundamental el abordaje multi e interdisciplinario del enfermo, lo que finalmente repercutirá en la calidad de la atención brindada y la calidad de vida del paciente en su entorno.

Por otro lado, la ignorancia social prevalente acerca de los adultos mayores y el envejecimiento ha repercutido en prejuicios y actitudes desfavorables que dificultan más el interés de los estudiantes de medicina hacia la geriatría y la gerontología. Estos sentimientos irracionales han dado lugar a la ideología, conocida como viejísimo, ampliamente extendida en toda la población, pero especialmente peligrosa para los profesionales que tienen a su cargo la responsabilidad de la salud de los adultos mayores.

Cabe destacar que el desarrollo de la geriatría y la gerontología en nuestro país es reciente. La educación geriátrica se ha concentrado más en la formación de

especialistas y poco se ha hecho en cuando a la formación del médico general. Esta preocupación compartida por médicos geriatras ubicados en diferentes estados del país y convocados a una primera reunión en 1998 bajo el apoyo de la OPS y la coordinación del Dr. Gutiérrez Robledo, trascendió en el reconocimiento de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), al aceptar la recomendación de incorporar la cátedra de geriatría en el curriculum médico.

Al respecto, es importante subrayar la trayectoria de la máxima casa de estudios del país, a través de la Facultad de Medicina, como pionera en la formación geriátrica de pregrado. Con la reestructuración del plan de estudios de la carrera de medicina, en 1985, se inició la formación geriátrica a través de la incorporación de la “clínica del viejo”, ubicada como parte de la asignatura de medicina general II, en el último año de la carrera. Posteriormente, con la evaluación del curriculum médico en 1992, la enseñanza de la geriatría ante el riesgo de quedar eliminada del pregrado, adquirió una nueva modalidad al aprobarse la creación de la unidad: Salud del anciano, con cuarenta horas de duración, como parte de la asignatura: Salud Pública IV. La nueva propuesta fue resultado de un grupo de geriatras y gerontólogos quienes se dieron a la tarea de diseñar un programa acorde a las necesidades de formación del médico general en esta área de la medicina.

Para la planificación educativa de esta nueva unidad, uno de los principales retos a enfrentar fue la necesidad de cambiar la mentalidad de que la medicina geriátrica no es lo mismo que “medicina interna aplicada a los viejos”. El nuevo programa se conformó con una base gerontológica desde la perspectiva de la salud pública y una parte clínica, con la inclusión de temas geriátricos relacionados con los principales síndromes geriátricos en sustitución de varios de los temas del programa anterior que de alguna manera se revisaban en otras asignaturas clínicas.

Uno de los problemas para el desarrollo del programa fue la escasez de docentes con formación geriátrica. Muchos de los anteriores profesores que impartían la clínica del viejo, eran internistas, con una perspectiva más hacia la medicina clínica-fragmentada-carente de la visión holística e integradora de la geriatría. Para compensar esta dificultad y ante la insuficiencia de docentes con la formación requerida para atender a una generación de 800 estudiantes, previo al curso, se desarrolló un programa de capacitación y actualización de profesores.

La vejez, por sí misma, no es una enfermedad. Hay ancianos que gozan de cabal salud. Claro que lo común es que se acompañe de alguna enfermedad, como quedó establecido atrás, sin que por ello deba generalizarse el concepto de que los ancianos son unos discapacitados, es decir, que tienen disminución temporal o permanente de la capacidad funcional, biológica, psicológica o social, que les impida desempeñar sus actividades cotidianas en forma útil e independiente .

Lo evidente es que los ancianos, igual que los niños, constituyen un grupo vulnerable que obliga a que se les dé un trato preferencial. ¿Supone esto que también se les dé un trato paternalista, en tratándose de su salud? El escritor Gabriel García Márquez nos ayuda a dar respuesta a este interrogante. Para ello me sirvo de algunas páginas de su hermoso canto al amor entre proyectos titulado El amor en los tiempos del cólera.

Refiriéndose al doctor Juvenal Urbino, describe así un pasaje de su vida diaria:

Ya para entonces se bastaba muy mal de sí mismo, y un resbalón en el baño que pudo ser fatal lo puso en guardia contra la ducha. La casa, con ser de las modernas, carecía de la bañera de peltre con patas de león que era de uso ordinario en las mansiones de la ciudad antigua. Él la había hecho quitar con un argumento higiénico: la bañera era una de las tantas porquerías de los europeos, que sólo se bañaban el último viernes de cada mes, y lo hacían además dentro del caldo ensuciado por la misma suciedad que pretendían quitarse del cuerpo. De modo que mandaron a hacer una batea grande sobre medidas, de guayacán macizo, donde Fermina Daza bañaba al esposo con el mismo ritual de los hijos recién nacidos. El baño se prolongaba más de una hora, con aguas terciadas en las que habían hervido hojas de malva y cáscaras de naranjas, y tenía para él un efecto tan sedante que a veces se quedaba dormido dentro de la infusión perfumada. Después de bañarlo, Fermina Daza lo ayudaba a vestirse, le echaba polvos de talco entre las piernas, le untaba manteca de cacao en las escaldaduras, le ponía los calzoncillos con tanto amor como si fueran un pañal, y seguía vistiéndolo pieza por pieza, desde las medias hasta el nudo de la corbata con el prendedor de topacio. Los amaneceres conyugales se apaciguaron, porque él volvió a asumir la niñez que le habían quitado sus hijos. Ella, por su parte, terminó en consonancia con el horario familiar, porque también para ella pasaban los años: dormía cada vez menos, y antes de cumplir los setenta despertaba primero que el esposo.

4.4.2 La atención de los adultos mayores.

El proceso de envejecimiento que lleva consigo la transición demográfica, fenómeno resultante de la baja sostenida de la fecundidad y del aumento de las expectativas de vida, así como la necesidad de tener en cuenta sus posibles efectos, son fenómenos cada vez más reconocidos, tanto en el ámbito internacional como en los propios países. El principal desafío de la transformación radical, paulatina pero inexorable, de la estructura por edad de la población que están teniendo en América Latina es crear las condiciones para una readecuación oportuna de la sociedad y de sus instituciones, a esta nueva realidad demográfica que tenga como meta una buena calidad de vida en la vejez, y en consecuencia, haga posible que las personas al llegar a esta etapa de la vida puedan vivirla con dignidad, seguridad y en las mejores condiciones de salud y de bienestar. El reto está en cómo lograr que el aumento significativo de la longevidad y la creciente capacidad de las sociedades modernas de tener los hijos que desean se convierta en un aliciente para crear sociedades más justas con las diferentes generaciones que lo componen.

El envejecimiento demográfico es un fenómeno generalizado en los países de la región de América Latina y el Caribe y se expresa en un incremento sostenido y generalizado en la proporción y en el número absoluto de personas de 60 años y más. Más aún, basado en las experiencias que ya viven los países más desarrollados, las expectativas apuntan a que este aumento continuará en los próximos decenios porque el descenso de la fecundidad es irreversible y el aumento de la longevidad continuará.

El rápido incremento de la población se expresa por tasas de crecimiento elevadas, mayores que aquellas de la población más joven. De hecho en los periodos del

2000-2025 y 2025-2050,¹⁴ respectivamente, la población de personas mayores crecerá entre 3 y 5 veces más rápido que la población total, el aumento de la longevidad, expresado por un incremento notable de la esperanza de vida al nacer, continuará al aumento de peso de la población más vieja entre los adultos mayores en este grupo.

Dado el carácter inexorable y generalizado del proceso de cambio demográfico, todos los países deberán enfrentarse al hecho de que sus sociedades estén envejeciendo y que deben prepararse mejor para ello. La situación de origen, en términos económicos, social, institucional y demográfica, no es la misma, y en consecuencia, las soluciones podrían variar. Sin embargo, los retos están presentes en mayor o menor medida en todos los países, aunque las soluciones son más urgentes, más complejas o de más difícil implementación en unos países que en otros.

En América Latina y el Caribe, así como en otras regiones subdesarrolladas, este desafío se complejiza porque los países tendrán que crear instituciones, promulgar leyes, diseñar e implementar políticas y programas y desarrollar acciones en un periodo de tiempo menor que en el que dispusieron los países hoy desarrollados, dispondrán de estructuras de apoyo familiar disminuidas cuantitativamente y sobre exigencias por un mercado competitivo y tendrán que enfrentar además un bajo nivel de desarrollo económico. Aunque podrán basarse en las experiencias ya acumuladas de los países desarrollados, no podrán calcar esta experiencia a sus realidades y, por tanto, tendrán que desarrollar vías propias aprendiendo unos de otros en este proceso.

¿Cómo garantizar la seguridad económica actual de las personas mayores y de las generaciones futuras con sistemas de seguridad social de baja cobertura y en un contexto marcado por altos y consistentes niveles de pobreza y mercados de trabajo segmentados en informatizados?

En más de la mitad de los países latinoamericanos, la cobertura de la seguridad social en las personas de 65 años y más, no alcanza ni siquiera una quinta parte de esta población. La situación es aún más dramática en áreas rurales, con la excepción de Brasil. Esta situación actual es el reflejo del diseño de los sistemas 3 ó 4 décadas antes; pero como veremos más adelante, las perspectivas futuras no parecen ser distintas o incluso podrían empeorar.

La bioética está en presencia de desafíos que requieren ser tratados con urgencia. Pero aún, en el mejor de los escenarios, es difícil imaginar que habrá una mejoría rápida de las condiciones de seguridad económica para las personas mayores que deberán seguir contando con apoyos familiares o con los recursos propios acumulados a lo largo de su vida. Al menos es positivo constatar que las personas mayores en la actualidad no parecen estar afectados por la pobreza en mayor medida que la población en general.

¿Cómo garantizar el acceso a la salud integral y de calidad de una población adulta mayor que no sólo crece en tamaño, sino también, que se hace cada vez más envejecida, y que en consecuencia, tiene mayores requerimientos para la atención de enfermedades crónicas, con sistemas de salud que no fueron diseñados para tratar con la nueva estructura demográfica que está surgiendo?

¹⁴ Los datos presentados se basan en proyecciones que, por su propio carácter, tienen un cierto nivel de incertidumbre. Con todo, sugieren grandes tendencias demográficas que difícilmente se modificarán, porque las personas mayores de los próximos 60 años ya nacieron (CEPAL, 2003).

En América Latina, se han logrado avances sustanciales en la disminución de la mortalidad reflejados en un aumento de los promedios de vida. Pero sabemos menos acerca de las condiciones en que se da esta sobrevivencia en término de discapacidades y sobre la calidad de vida en la vejez que se producen en condiciones de aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas como en otras áreas, se mantienen fuertes desigualdades en el acceso a servicios de calidad adecuados a la población adulta mayor y, en la mayoría de los casos, no existe una visión de la salud en la vejez adecuada y la atención de salud carece de un enfoque integral.

Para enfrentar este desafío debe considerarse la necesidad de redefinir el rol y las características de la acción de salud en la vejez, tomando en consideración requerimientos que son claves en este proceso. El primero guarda relación con la necesidad de cambiar la concepción fatalista de la vejez como una etapa de la vida en que es normal estar enfermo, por una visión que considere la vejez como una etapa que requiere, como las demás, un tratamiento particular, una etapa en la cual los efectos negativos del envejecimiento biológico pueden ser minimizados por acciones preventivas, incorporando el nuevo paradigma de salud en la vejez centrado en la necesidad de mantener al máximo la funcionalidad postergando la discapacidad.

El segundo requerimiento se relaciona con los sistemas de salud y la necesidad de una reingeniería de los mismos, tanto en términos de infraestructura, como de procesos y de personal. Éste último es el componente fundamental; demanda pensar en una formación en geriatría y gerontología, porque en la mayoría de los países de América Latina no existe el personal calificado para una atención integral de las personas mayores. De ahí que sea preciso enfrentar el reto de desarrollar estrategias de amplia cobertura, sostenidas en el tiempo, de formación de recursos humanos en todos los niveles de atención, en un contexto en que aún las necesidades descritas no están, ni social ni políticamente, suficientemente internalizadas. También se requiere de cambios en el enfoque de la atención, dando relevancia a las acciones de prevención y de promoción de la salud, no sólo en la vejez, sino también en todas las otras etapas del ciclo vital.

Finalmente, queda como uno de los temas pendientes, la preocupación por el cuidado de largo plazo asociado al aumento que se observa en términos de enfermedades crónicas y discapacidades dado el aumento esperado de las personas más viejas entre las personas mayores. Tradicionalmente, ese rol lo está cumpliendo la familia, y lo más aconsejable es que la familia siga teniendo un rol clave, pero sin que el costo financiero, físico, y en salud mental, recaiga exclusivamente sobre unos pocos miembros de la familia, y especialmente, sobre las mujeres; y existan apoyos del Estado para el desempeño de esta función. La institucionalización del cuidado a largo plazo debería ser la opción minoritaria y caracterizarse por una atención que respete los derechos de las personas mayores, lo que requiere que estas instituciones sean debidamente reguladas y estrictamente fiscalizadas para evitar el maltrato y abuso contra las personas que usan estos servicios.

¿Cómo garantizar espacios físicos (viviendas y usos del espacio e infraestructura) adaptados a las necesidades de las personas mayores y espacios socio-culturales potenciadores de su desarrollo y respetuosos con sus derechos y necesidades?

Las limitaciones del entorno físico no son las únicas y, en muchos casos tampoco, las más importantes. La violación de los derechos, el maltrato y abuso de distinto tipo, tanto en el interior de las familias como en las instituciones, y particularmente, desde las instituciones de larga estadía, el espacio reconocido del rol social y económico que juegan las personas mayores, la no aceptación de su condición de cuidados con plenos derechos y deberes, son todas las formas derivadas de espacios sociales que no favorecen el sentimiento de sentirse útil, de sentirse ciudadanos, que son elementos fundamentales del bienestar de todos los seres humanos. Los desafíos son múltiples y llaman a la necesidad de hacer inversiones sostenidas en la promoción de una imagen positiva y respetuosa de todas las etapas de la vida y, especialmente, de la vejez; al fortalecimiento de la participación articulada e integración de las personas mayores en las diferentes esferas de decisión a nivel nacional y a la promulgación y aplicación de leyes específicas que velen por el bienestar físico y mental de los adultos mayores.

¿Cómo generar leyes, políticas, planes y acciones dirigidas a mejorar las condiciones de calidad de vida de la vejez en las generaciones actuales y futuras?

La implementación de acciones a corto plazo que atienden las urgencias no deben hacer olvidar la necesidad de políticas más amplias con miras a mediano y largo plazo. El desafío principal está en desarrollar estas políticas en un contexto de fuerte énfasis de lo coyuntural y con limitados recursos para las políticas sociales, tratando de que sean sostenibles y que incorporen la universalidad y la solidaridad como instrumentos fundamentales para valorar sus impactos reales. Los marcos institucionales actuales en algunos casos pueden ser restrictivos (por ejemplo, imposibilidad de volver completamente atrás en las reformas de la seguridad social), pero no invalidan la necesidad de desarrollar políticas de Estado con visión de futuro. Y en este sentido, no se trata sólo de políticas específicas para personas mayores como un grupo vulnerable, sino de lograr que todas las políticas públicas visibilicen a los adultos mayores y sean diseñadas y ejecutadas teniendo en cuenta las particularidades de estas personas y de sus derechos inalienables.

Si sabemos que el envejecimiento es un proceso ineludible y bastante predecible en todos los países y que la población adulta mayor seguirá creciendo, si reconocemos el derecho de todas las personas a tener una vida con buena calidad, una vida digna y libre de discriminación y maltrato, si reconocemos que tenemos dificultades intrínsecas a nuestro nivel de desarrollo pero que aún así podemos actuar, si pronosticamos que los apoyos futuros que provienen de las familias no serán los mismos y que no hay garantías de que las nuevas generaciones de adultos mayores podrán ayudar a su descendencia como las actuales, y si reconocemos que estamos mal preparados para hacer frente a estos retos, entonces, no hay razón que justifique no actuar ahora.

En el proceso de elaboración de políticas cobra relevancia asumir la heterogeneidad que existe al interior de un país en la población adulta mayor, definida por diferencias de edad, género, zona de residencia, situación de pobreza, etnia y otros factores. El peso que tenga en cada país cada uno de los subgrupos definidos por estas variables, definirá la mezcla de políticas, programas y acciones más adecuadas.

4.4.3 El envejecimiento: entre la medicina y la bioética.

Durante siglos, la medicina apenas podía curar muchas enfermedades; sí eran posibles un cierto confort y alivio. En nuestro tiempo la ideología médica triunfante es la de curar y, de esta forma, contribuir a la prolongación de la vida. Con el número elevado de ancianos, aquejados de enfermedades crónicas y no crónicas, el objetivo de la medicina no puede ser sólo el de curar. Sin embargo, este reconocimiento no es equivalente a la afirmación de un fracaso de la medicina ni la deja sin objetivos. Con los ancianos la medicina puede y debe llevar a cabo otros fines, cifrados no tanto en la cantidad de años de vida, sino en su calidad. Ello significa un replanteamiento rápido; corremos el peligro de llegar con retraso notable a la nueva situación, aunque no se puede negar que asistimos a una forma de conciencia por parte de los responsables políticos, profesionales de la salud y otros agentes sociales, traducida en múltiples iniciativas.

Al observar la situación de los ancianos, surgen interrogantes sobre la necesidad de nuevos enfoques, empezando por los profesionales que han de atenderlos. En esta franja de la vida son precisos cuidados médico; pero, dadas sus peculiaridades, me pregunto si los profesionales que han de atender a los ancianos no necesitan, tanto o más que ciertos conocimientos, unas actitudes personales de acogida, paciencia, capacidad de escucha, diálogo y condiciones psicológicas para realizar mejor un trabajo poco satisfactorio al que no acompaña el éxito de curar. La dirección en esta materia debe estar marcada no por el estilo actual de medicina, sino por las necesidades de los ancianos. La respuesta a esta situación puede adoptar diversas formas: profesionales sanitarios formados con el modelo imperante, acompañados por otros profesionales especializados en la relación con las personas, o bien formación de otro tipo de profesional de salud en el que se armonicen los conocimientos científicos y técnicos, el saber sobre las relaciones humanas y unas actitudes adecuadas para esta situación, que podríamos identificar con una aptitud y llamada vocacional. Seguramente es más fácil dar los conocimientos adecuados a una persona vocacionada para cuidar ancianos que darle la aptitud vocacional a quien sólo posee los debidos conocimientos. La realidad está reclamando el no diferir por más tiempo esta cuestión: el bien de los ancianos los está solicitando.

Otro punto en el cual deben definirse tanto la sociedad como la medicina es el de la calidad de vida para los ancianos, por encima de la mera prolongación de vida. Nuestra cultura no puede ser un canto a la vida a cualquier precio ni caer en una idolatría del existir por el existir: el vitalismo a ultranza es inmoral. La medicina ha de aceptar tanto sus limitaciones como los límites de la técnica y del organismo humano. Si la medicina ha de adecuarse a las posibilidades de la vejez, también cada persona anciana ha de asumir con realismo la situación, dentro de las evidentes diferencias de unos casos y otros, todos necesitamos una educación para un envejecimiento humano, razonable y sensato. Si al anciano, por el hecho de serlo, no se le han de negar cuidados que tengan sentido, evitando cualquier tipo de discriminación, tampoco se ha de olvidar la necesidad y obligación de un razonable de los recursos sanitarios escasos. Admitiendo la dificultad de una política justa y clara en esta materia, tampoco podemos dejarla a la pura inspiración del momento; es necesaria una reflexión colectiva para llegar a la mayor claridad posible, teniendo en cuenta la solidaridad intergeneracional.

La medicina de los ancianos será muy conflictiva si no llegamos a una nueva cultura de la ancianidad, situándola como una etapa de la vida en una sociedad con características determinadas. El significado y el puesto de los ancianos no pueden ser una cuestión puramente individual, sino una obra colectiva. Esa cultura de la ancianidad difícilmente se podrá orientar correctamente si se rehuye la perspectiva de la muerte, hecho normal, natural dentro del ciclo vital.

El cuidado de los ancianos, responsabilidad familiar y social.

Los ancianos tienen derecho a una atención adecuada. En qué consiste este tipo de atención es algo que nuestra sociedad ha de definir. Ahora la pregunta recae sobre los sujetos responsables de esta misión.

La respuesta no es uniforme para todo tiempo y lugar: el tipo de familia y de organización social repercuten en la cuestión ahora analizada. En nuestra sociedad ha descendido mucho el número de padres que viven con sus hijos. Los padres que dependen económicamente de sus hijos son menos que en el pasado gracias a la cobertura social: pensiones, seguro de enfermedad, otros subsidios sociales o soluciones privadas. Hay muchas familias monoparentales. Como consecuencia del divorcio, separación y nuevo matrimonio, las relaciones familiares se han complicado. Las familias son más pequeñas, con menor número de hijos. Con frecuencia, en las familias formadas por los hijos casados ambos esposos trabajan, lo cual limita las posibilidades de tiempo para atender a sus padres. Tradicionalmente la mujer se responsabiliza más del cuidado de sus padres ancianos, solución ahora más difícil entre otras razones por su frecuente trabajo fuera del hogar. La misión confiada a la familia de responsabilizarse de sus mayores radicaba en una doble presunción: la capacidad de las familias para atender adecuadamente a sus ancianos con una modesta ayuda social y la posesión por parte de la fuerza moral, psicológica y espiritual para llevar a cabo esta misión.

En cuanto a la ayuda económica, no parece que la obligación de la familia pueda plantearse en los mismos términos que en el pasado, cuando no existía una red de servicios sociales, sufragados con los impuestos generales. Si el aceptar las cargas económicas que suponen los enfermos crónicos y ancianos parece insoportable para las instituciones públicas en no pocas ocasiones, tampoco se puede hacer recaer ese peso exclusivamente en la familia. Aquí debe funcionar la solidaridad para que los ancianos cuenten con una asistencia justa. La necesidad de las personas constituye un título moral para ser atendidas, y si a la familia le corresponde una obligación particular, ello se debe a los lazos que la vinculación biológica y la convivencia crean entre personas: el amor, el sentimiento de gratitud hacia los padres no deben desaparecer, a pesar de las variaciones socio-culturales. Con todo, la respuesta depende mucho del tipo de relación entre padres e hijos en la primera etapa de la vida de éstos. El cuidado de los ancianos no debe suponer una carga excesiva para los hijos, hasta el punto de poner en peligro de colapso a éstos, de modo que la situación resultante sea peor; algunos piensan que tampoco la sociedad debiera cargar con todo el peso económico, por el peligro de que los hijos se desentiendan completamente y así dejen de cumplir esta misión con los padres.

Existe otro tipo de necesidades que ordinariamente sólo la familia, los hijos, los hermanos, el otro cónyuge pueden colmar. Los ancianos, quizá más que en otros momentos de la vida, necesitan la cercanía de los seres queridos, su compañía, su afecto

hechos gesto visible. Las personas que forman parte de nuestra historia más íntima no son fácilmente intercambiables con otras. Y este servicio puede ser en ocasiones mucho más importante que los mejores cuidados médicos. En este sentido la presencia de la familia es un elemento frecuentemente imprescindible para los ancianos. En menor grado, se ha de decir lo mismo de los amigos y del entorno con el que se ha convivido de una manera satisfactoria.

Para que la familia cumpla con este doble servicio, el apoyo de la sociedad no ha de traducirse únicamente en ayudas económicas. La vida de un anciano dependiente o de un enfermo crónico puede prolongarse durante años. Y dada la mentalidad de la sociedad occidental, esta situación, al menos en el subconsciente, aparece como una amenaza a la libertad, al cumplimiento de expectativas y planes legítimos. El prolongarse de una situación semejante impone limitaciones, crea estrés, genera sufrimientos, y, en nuestra sociedad, las virtudes que favorecen la fortaleza ante la adversidad no cuentan con gran prestigio. El sacrificio, la renuncia a ciertas formas de autorrealización en la libertad, sobre todo cuando esa situación no ha sido elegida y cuando se desconoce si durará mucho o poco tiempo, se soportan mal. De aquí la necesidad de que la sociedad ayude a estas familias posibilitando servicios temporales de vecinos, grupos de voluntarios que las liberen de una presión continua. Estas familias pueden también necesitar la ayuda de profesionales psicológicos para no sufrir en su psiquismo y para que la atención prestada a los ancianos sea mejor.

La familia en nuestro país es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único para el adulto mayor, aporta apoyo emocional, económico, toma de decisiones y asistencia instrumental cuando es necesario cuidarlo, se intensifica el papel de la familia ante una invalidez o enfermedad crónica y depende de la manera como el núcleo familiar y el anciano se comprenda; la familia ampliada que se encuentra en el medio rural, integrada por varias generaciones, con valores y tradiciones sólidas, tolerancia, paciencia y el intercambio de servicios y roles muy bien definidos, se han modificado en la actualidad por la migración hacia las áreas urbanas, donde se imponen condiciones de vida y trabajo diferentes, deshumanizados muchas de las veces, la familia nuclear, las viviendas unifamiliares, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los hijos y los ingresos económicos no siempre satisfactorios así como el hecho de que cada día las familias son menos numerosas, un factor determinantes es el de que, cada día un creciente número de mujeres solas se convierten en jefes de familia y dado que con el proceso del envejecimiento aumenta el número de padecimientos crónicos degenerativos que requieren grandes cuidados generando costos de atención cada día mayores, puede condicionar abuso al anciano y/o llevar al colapso del cuidador en el cuidado del anciano. A la mujer se le ha impuesto el rol de cuidadora ya que ideológicamente parece natural y esta relación dificulta el solicitar ayuda por un factor de prestigio que provoca fatiga en el cuidador y, por tanto, abandono del anciano, además, la población envejecida se margina al considerarse una carga más ante el hecho de que sólo un pequeño número de viejos reciben pensión por jubilación y los hijos son el sostén de ellos.

El cuidador primario es la persona que tiene la responsabilidad del cuidado del anciano que requiere apoyo especial porque perdió la capacidad de cuidarse a sí mismo, parcial o total, y generalmente el cuidador es el cónyuge, las hijas, nueras, familiares cercanos, amistades, etc. que reciben remuneración económica por el cuidado. Pero en otras ocasiones el cuidador no recibe pago como ocurre con los cónyuges, hijas o

nueras, lo que repercute en la calidad de vida del cuidador, tiene que dejar sus propias necesidades para dedicarse al cuidado del adulto mayor enfermo influyendo directamente el grado de integración familiar, el desgaste económico, físico, psicológico y social, que lo lleva al colapso. La pérdida de la independencia del viejo enfermo es generador de problemas de salud en el binomio paciente-cuidador, ya que cuando más apoyo requiere el enfermo existe mayor posibilidad de que el cuidador se agote, además, del propio estrés del mismo resultante del cambio de vida que tiene por cuidar al paciente; por eso, cuando el cuidador es un familiar sufre un gran impacto social sobretodo se designa por “sorpresa” al cuidador ante la invalidez del anciano que se presentó en forma súbita, lo que altera el ritmo habitual de la vida, la familia inicia un cambio del funcionamiento interno tanto en las tareas como en los roles establecidos ya que adquiere nuevas responsabilidades lo que repercute también en el cuidado del adulto mayor enfermo, se centra la atención en él y se descuida el trabajo, con merma en la eficiencia y en el caso del trabajo remunerado, muchas veces tiene que abandonarlo con la consecuente repercusión económica que junto con los gastos originados por la enfermedad rebasan con creces el presupuesto familiar. Además se presenta el impacto emocional que afecta los propios intereses del cuidador y sacrifican la atención del enfermo, muchas veces ocasiona depresión, fatiga e incremento del estrés, con sentimientos de miedo a perder el control y la dignidad. Surge la vergüenza al observar que los cuidados no mejoran las condiciones del enfermo, más cuando se trata de cuidados de pacientes demenciados, que obliga al cuidador al aislamiento social. En muchas ocasiones, el resto de la familia deja sólo al cuidador, sin prestarle atención a su conflictividad emocional que lo lleva a “perder las fuerzas” para seguir adelante, dejan de comer, dormir, lloran con facilidad, no descansan y desatienden su propia salud con deterioro en el cuidado del enfermo, con impacto negativo para llevar las cargas del cuidado por lo que se presenta el colapso.

El colapso surge como consecuencia de este gran estrés del cuidador y es uno de los problemas a los que se enfrenta el médico en la actualidad, hay diversos estudios relacionados al estrés que se genera en el cuidador y la forma como éstos afectan la salud del mismo, el cuidador agotado deteriora su salud, más en relación al anciano con demencia, con cada día mayor grado de dependencia y con un gran desconocimiento de la enfermedad, viviendo el cuidado como una carga, siendo difícil medirla, autores como Zaritt Gwyther han propuesto escalas de medición del colapso enfocados al detectar el momento en que la carga del cuidado sobre pasa la capacidad y recursos del cuidador. Por otro lado, el desconocimiento sobre el proceso de envejecimiento y de las enfermedades, se incrementa la carga del cuidador que en muchas de las veces termina con un cuidado inadecuado. Se requieren conocimientos amplios al respecto, no sólo de la sociedad, familia y enfermo, sino del personal de salud, especialmente los médicos, para evitar mediante educación, este síndrome. Una entidad que juega un rol significativo, es la presencia de duelos ante el fracaso anterior del cuidado del un familiar con un padecimiento similar al del que requiere cuidados actualmente, con la presencia de la negación, ira, negociación, depresión y aceptación como lo ha señalado Kubler-Ross. En ocasiones el cuidar es muy extenuante que los cuidadores prefieran refugiarse en la negación, con sentimientos de enojo y culpabilidad por la enfermedad y la creencia de que no están cuidado adecuadamente al enfermo, genera en muchas ocasiones un duelo anticipado ante la falta de apoyo familiar y social, por lo que se requiere brindar apoyo al cuidador. En México se ha detectado el síndrome de abuso al adulto mayor dejando entre ver la posibilidad del colapso al cuidador.

La práctica clínica se apega a lo reportado en la literatura como perfil del cuidador latino, el cual a pesar de estar ingresando a las políticas de la globalización y a las nuevas corrientes económicas, conserva aún valores y tradiciones familiares proporcionando al anciano un ambiente tendiente a mantener una calidad de vida adecuada. Por tanto, es necesario hacer énfasis ante este problema y como integrantes del equipo de salud debemos atender el binomio paciente-cuidador, ayudándolos en forma individual, favoreciendo técnicas de relajación, terapia psicológica y apoyo multidisciplinario, para disminuir o evitar la carga que conlleva el cuidado. Hay que tener en cuenta siempre las necesidades de que el cuidador puede tener problemas emocionales o técnicos que puedan repercutir en el cuidado y generar el síndrome del abuso del adulto mayor, requiriendo la realización de estudios posteriores para identificar y tratar este conflicto.

Aunque la enfermedad crónica es una realidad distinta en su concepto de ancianidad, el envejecimiento de la población contribuye a una creciente presencia de ella. Enfermedad crónica es aquella situación o condición que dura un largo período de tiempo o que tiene secuelas debilitadoras durante una etapa larga. Algunos precisan esa duración: enfermedad crónica sería la que interfiere en el funcionamiento diario más de tres meses al año, causa una hospitalización anual de treinta o más días o se piensa en el momento del diagnóstico que producirá ambos efectos con probabilidad. La enfermedad crónica pone énfasis en la duración, en la severidad de los trastornos y en el progresivo debilitamiento.

La presencia creciente de las enfermedades crónicas impone la revisión de muchas ideas y constituye un problema para los cuidados sanitarios. La enfermedad crónica se ramifica en múltiples direcciones: afecta a los individuos, a la familia, a las relaciones sociales, a los sistemas de salud, a los servicios de bienestar social.

En relación con la medicina y con la bioética, la enfermedad crónica lanza múltiples desafíos: la misión de la medicina no puede limitarse a objetivos preventivos y terapéuticos; se impone una nueva visión a partir de la comprensión del significado humano y social unido a esta situación. La atención preferencial de la medicina a la enfermedad aguda aquí no tiene sentido. Por otro lado, el ideal de autonomía del paciente, tan exaltado hoy en la práctica médica, se ha de acomodar a una situación, frecuentemente con autonomía más limitada que en otros pacientes.

Frente al paciente anciano, el actuar ético del médico y de todo tipo de salud habrá de estar sujeto a los correspondientes valores, principios y normas que rigen la bioética contemporánea y que adquieren connotaciones propias en tal circunstancia. Recuérdese que la vida, la salud y la felicidad en la edad proveya pueden no tener el mismo significado que poseen cuando se manejan en la edad juvenil o en la madura, sin que ello quiera decir que el personal de salud no deba otorgarles los mismos respeto y atención.

El principio de beneficencia, que obliga al médico, hace relación al servicio que debe prestarle al paciente para favorecer sus mejores intereses que son, sin duda, su vida, su salud y su felicidad. Sucede, no obstante, que esos, que son bienes preciados para el individuo y valores morales para el médico, pierden valor y sentido para el anciano, a tal punto que los desdeña, que los mira con indiferencia, o no los quiere conservar. Una enfermedad insoportable, o el simple hastío de vivir, son factores que

afectan el ánimo del viejo y conspiran desfavorablemente para que el médico cumpla con éxito su labor benéfica. Se trata de pacientes en plena lucidez mental, con absoluto conocimiento de causa, que se niegan a colaborar con su curador y, mejor, imploran que éste les facilite los medios para alcanzar su deseo, que no es otro que precipitar el final. Aquí entra en juego el discutido “paternalismo”, pues si el médico acatara el principio de autonomía, es decir, la autodeterminación de su paciente, no le quedaría otro camino que complacerlo, bien mediante la eutanasia o bien mediante el suicidio asistido, procedimientos ambos que unos defienden y otros rechazan. Lo cierto es que frente a este dilema, el médico debe optar por acercarse espiritualmente a su paciente, ser amigo antes que médico, o, mejor, ser amigo-médico, y compartir con él la angustia existencial. Esa forma de amistad tiene mucho de paternalismo, lo cual puede ser muy útil, pues el sentir la compañía y el apoyo de “alguien” en momentos tan difíciles, es sentirse amparado, protegido, como se siente el niño cuando su padre lo abraza. Es probable que esta actitud paternalista haga reflexionar al paciente acerca de su deseo fatalista y lo incline por otra determinación menos radical. Mitigar el dolor espiritual y hacer cambiar así la decisión, es, ciertamente, una actitud humanitaria, paternalista. No creo que pueda descalificarse tal proceder, no obstante que aparentemente reñir con el derecho de autonomía, interpretado como un principio categórico, apodíctico. Dice Jay Katz que “el derecho a la autodeterminación es el derecho del individuo a tomar sus propias decisiones sin que otros se entremetan”. En circunstancias como las que he venido contemplando, podría defenderse la actitud paternalista aduciendo que una persona adolorida física y espiritualmente carece de autonomía psicológica, la cual es indispensable para reflexionar de manera correcta. El entremetimiento, entonces, tendría validez moral.

Pero si ese entremetimiento fracasa y el paciente persiste en su deseo de morir, ¿qué debe hacer el médico? No sería correcto abandonarlo a su propia suerte. Habría entonces que buscar el apoyo de otro profesional (psicólogo, psiquiatra, sacerdote) o de varios a la vez, si se cuenta con recursos para ello. Asimismo, sería prudente la permanencia del enfermo en el sitio más adecuado a su situación, donde encuentre apoyo médico y calor humano. El manejo del dolor se ha convertido hoy en una especialidad, de gran ayuda en los estados terminales de una enfermedad. Puede advertirse que en situaciones tales el humanitarismo médico desempeña un papel trascendental. Razón existe para que se lo tenga como la principal virtud de las muchas que debe poseer el personal de salud.

El manejo del sujeto anciano no aparece tanto conflicto ético cuando aún es dueño de su capacidad de discernimiento, es decir, cuando actúa como lo hacen los adultos normales. El que se comporta diferente, a la manera de los niños, por su incapacidad para tomar decisiones, constituye —como ya vimos— un caso de manejo especial, inteligente y paciente. Habiéndose perdido la autonomía, el personal de salud debe ser muy cauto al momento de tomar decisiones relacionadas con el estado de salud. La dependencia progresiva de ese tipo de pacientes compromete más a la familia y a la sociedad que el mismo médico. Esto explica la existencia de instituciones destinadas a su cuidado, donde son las enfermeras y personas voluntarias las más comprometidas en esa labor. Al médico corresponde revisar sus condiciones de salud y mantener al tanto de ellas a los familiares; si es necesario emprender procedimientos diagnósticos o terapéuticos (médico o quirúrgicos) advertirá a los tutores legales, o familiares más cercanos, las indicaciones y riesgos inherentes. Al juzgar el médico el tipo y grado de incapacidad mental del anciano, deberá tener en cuenta si se trata de una

situación permanente (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer) o reversible (por ejemplo: drogas, infección, trastornos metabólicos). Por eso es grande la responsabilidad de los encargados de aplicar las pruebas de competencia mental, como son las de orientación de tiempo, lugar y persona, las de memoria, cálculo aritmético, comprensión del lenguaje oral y escrito, etc.

En primer término, deben investigarse con cuidado las razones que expone para ello. Pueden utilizarse pruebas o tests de competencia mental para tratar de establecer el grado de autonomía que lo asiste, sobre todo si el rechazo se acompaña de solicitud de medidas autodestructivas (suicidio asistido, eutanasia). Para no tomar decisiones que puedan afectar los intereses del anciano se hace necesario que el equipo de salud dedique tiempo y buen juicio al esclarecimiento de la situación. Se calcula que un 10% de las personas mayores de 65 años tienen algún grado de deterioro mental. De confirmarse éste, debe indagarse si con anterioridad en anciano expresó sus deseos, su voluntad, acerca de la manera como debía ser tratado por sus médicos. Tal manifestación habrá de ser tomada en cuenta, con lo cual muchas veces se evita la distancia.

La situación de salud de los ancianos tiene también que ver con el principio de justicia, entendido éste como la distribución equitativa de los recursos disponibles. He aquí una situación que pone a prueba el buen juicio, la *sindéresis* del personal salud, en particular de aquellos que desempeñan cargos de administración, pues puede ocurrir que se presente una colisión de principios al tener que privar de la atención a un anciano para suministrarla a un paciente con mejores perspectivas de sobrevivencia. Dar la orden de no resucitar, no dializar, no trasplantar, no operar, supone una previa reflexión ética de quien la dicta, o del grupo de personas encargadas de tomar la determinación, reflexión en la cual se tendrán que analizar con detenimiento los distintos aspectos, fácticos y teóricos, que rodean una tan delicada circunstancia. A no dudar, la edad como criterio para dispensar servicios de salud es, en principio, una forma odiosa de discriminación, aunque la discriminación, viéndolo bien, no siempre es injusta o injustificada. El filósofo norteamericano Danid Callahan opina que la Medicina, en relación con la edad, podría tener dos metas: una, evitar la muerte prematura que es aquella que procede a la terminación de un periodo natural de vida, y otra, aliviar el sufrimiento, mejor que extender la vida después de que el ciclo natural ha sido completado.

Sin duda, el manejo del anciano es una buena oportunidad para que el personal salud dé muestras de su vocación o espíritu humanitario. Se ha de tener presente que la medicina no es la única solución a los problemas de la vejez. Antes que medicalizarla hay que humanizarla.

En virtud de la crisis o desintegración de la familia, cada vez es más frecuente que el anciano sea un solitario, especialmente las mujeres, situación esta que conspira contra su salud, como que conduce a unos cuidados higiénicos mínimos, a una alimentación inadecuada, a un aislamiento social, a un deterioro mental. Razón hay cuando se afirma que “el alejamiento colectivo de la vejez pone en marcha un proceso de muerte social del anciano que asume los rasgos existenciales de una verdadera y real eutanasia”. Claro que ninguna culpa cabe al personal de salud en esta política de olvido y abandono. La responsabilidad recae en la sociedad toda, siendo, pues, un problema de ética social. La cuota moral de los componentes del equipo salud es ver en

el anciano un congénere suyo, un ser humano, y tratarlo como quisieran que fuese tratado cada uno de ellos cuando alcance ese periodo de la vida.

La profesión médica, en todo caso, tiene el singular privilegio de ser una de las vías más propicias para acercarse a lo humano y para constituirse en modelo de humanismo y de plenitud ética. Así lo fue desde los más remotos tiempos; de ahí sus códigos y sus juramentos éticos. Así lo sigue siendo y seguirá siéndolo, mientras perviva el hombre.

Cabe decir, en síntesis y a modo de conclusión, que la situación límite que suele expresar la enfermedad pone al ser humano, en efecto, ante su condición de “cuerpo”, e incluso ante la vivencia de sí mismo como “objeto” o “cosa”. En este sentido, el enfermo es poseedor de una marcada vulnerabilidad (emocional, moral, psíquica) que sólo unos cuantos logran superar, justo por la vía de la afirmación del ethos; de un ethos por lo demás particularmente heroico por la adversidad por la adversidad de su situación.

Esa misma vulnerabilidad impone al enfermo la responsabilidad ética frente a sí de salvaguardar su propia dignidad moral. Pero es la responsabilidad que ante todo tiene el médico frente al paciente que ha de ser tratado en toda su plena dignidad de persona humana; no como cuerpo, ni cosa, ni objeto. El “deber ser” moral del médico le impone la necesidad de vencer el afán de dominio sobre el otro, de manipulación, de la pérdida de la conciencia de la condición humana del enfermo, presente en las situaciones terminales donde pareciera que el “hombre” y la “persona” han desaparecido ya. De superar la tentación de ejercer el poder que da el saber, queriendo ir más allá de los límites infranqueables que le señala la ética, de los fines y valores que deben regir su acción; sin una fortaleza moral, verdaderamente real, sin un ethos realizado, es difícil cumplir con los ideales de una medicina ética, plenamente humanizada, que salva al enfermo y cumple al médico en su propia humanidad. De ahí, desde los tiempos hipocráticos, la “santidad” que se exige en particular al médico. La relación médico-paciente es en esencia una relación que ha de estar regida por valores eminentemente éticos, en la que ha de prevalecer ante todo la más firme conciencia de la condición humana del paciente, es decir, su condición de persona, siempre fin en sí misma, nunca medio, ni objeto, siempre poseedora de una irreductible dignidad. Valores éticos que no están condicionados a ninguna fe religiosa (aunque tampoco son excluyentes de ella); valores que se desprenden de un saber filosófico, racional, el cual no se funda en otra cosa que no sea, en definitiva, la conciencia radical de la “humanidad” del paciente y de la “humanidad” del propio médico. Medicina ética y medicina humanística coinciden en su significación esencial.

La dignidad está conformada por todos aquellos merecimientos de la condición humana que le hacen singular. La libertad, justicia, equidad, lealtad, bien común y más, son algunos “merecimientos que sustentan a la dignidad humana” y que adquieren un valor real cuando se confrontan en el hacer cotidiano de las personas y, particularmente, cuando son negados, amenazados, restringidos o aislados.

El término dignidad aparece en nuestra legislación en la Carta Marga como garantía el artículo 3 al señalar que todo individuo tiene derecho a recibir educación orientada a contribuir hacia la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el educando, junto con el aprecio por la dignidad de las

personas y la integridad de la familia, la convicción de interés general de la sociedad, cuando por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos. En el artículo 25 Constitucional se encuentra otra mención al decir que corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y que mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución.

Sirva aquí el comentario de que equivocadamente a nuestro juicio las garantías las “otorga la Constitución”, como claramente expresa el artículo 1º en lugar de que con más propiedad: “las reconociera”, ya que los derechos y las libertades básicas del ser humano son anteriores al Estado y a la ley misma como ya ha sido señalado. Es así, que los derechos y libertades humanas fundamentalmente conforman ya de sí su dignidad.

La dignidad puede ser percibida desde dos ángulos, como la representación que se hace de uno mismo en su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros. La dignidad también comparte otros elementos integradores, como lo son la “autonomía” entendida como la capacidad del ser humano de ejercer libremente el pensar, el sentir, el proceder y emitir juicios sobre lo que considera valioso o bueno para él, y la “integridad” que se refiere al equilibrio personal que guardan los elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida. Como bien señala, Edmundo D. Pellegrino, la aparición del concepto socio-político, legal y moral de la autonomía ha influido profundamente en la ética médica al paciente y reorientando la relación del médico con el paciente hacia un acto más abierto y franco, en el que se respeta más la dignidad del paciente como persona.

En el área concreta de la salud en México, el respeto a la dignidad del paciente queda señalado en la Ley General de Salud al decir en su artículo 51 que los pacientes o usuarios (término utilizado para designar a toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica) tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

El derecho a un trato digno y respetuoso hacia el paciente, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional, técnico y auxiliar con aquél, más allá de un simple saludo.

Digno es el atenderle con oportunidad, con delicadeza, cortesía y en consciencia; digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el paciente pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución y procurarlas en cada caso. Digno es cobrarle los honorarios por servicios acorde a su capacidad de pago, a la importancia del servicio otorgado, y de los medios utilizados para ello. Digno es procurarles un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarlos con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, color de piel, edad, sexo, creencia religiosa, situación civil,

preferencia sexual, situación económico, posición social, estado de aseo, olor o patología.

Digno en sí, es consolarle a caso cuando la ciencia agota sus recursos y acompañarle en su último suspiro. Digno es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, dignificando con ello los merecimientos propios o ajenos.

En el juramento de fidelidad profesional expresado en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948), y Sydney (1968), promete el médico ejercer la profesión dignamente y a conciencia; con competencia e independencia técnica y moral, con compasión y respeto a la dignidad humana como adiciona el Código Internacional de Ética Médica. (Londres 1949 y Venecia 1983).

El asunto del respeto al derecho a la dignidad humana en general, y de los pacientes en particular, es tema añejo que como “valor” debe estar representado en la praxis social introyectado y ejercido para traducirlo en norma jurídica, para poder constituirla en un derecho fundamental. Esfuerzos reiterativos como el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina de 1996, que insiste en la protección del ser humano en su dignidad e identidad, abulta el arsenal teórico en torno a la protección al derecho al respeto a la dignidad humana en tanto que se tutela jurídicamente, en la práctica sigue en suspenso.

Puede ser que el paciente vea resultado su problema de salud, pero quede en su corazón (asiento romántico de sentimientos y emociones) el haber sido humillado, maltratado y vejado, esto es, tratado contrario en su dignidad por un indigno prestador de servicio de salud.

¿Qué sanción podrá dársele a este violador del derecho a otorgar y respetar el derecho al trato digno al paciente? El descrédito al nivel personal; el señalamiento social de su comportamiento despótico, cruel, insensible, inhumano, o indigno, en una sola palabra para abarcarlo todo. A nivel legal, tanto en la Ley General de Salud como en su Reglamento en materia de servicios de atención médica que enuncian este derecho en sus artículos 51 y 48, respectivamente, no tiene una sanción determinada o específica para esta desviación de la norma sino que se acogen a los genéricos y discrecionales artículos 422 y 250 también, respectivamente, que dicen que las infracciones no previstas serán sancionadas con multa de hasta 500 veces el salario mínimo general diario.

El derecho al respeto a la dignidad del paciente suele verse vulnerado así, cuando los valores que dominan en su atención son ajenos a los humanistas; cuando se le atiende lo objetivo dejando de lado lo verdaderamente humano que es lo subjetivo. Así, los derechos del paciente el general y el respeto a su dignidad, suelen ser más un asunto de acuerdos informales, de políticas de cierto hospital y de la sensibilidad ética humanista del prestador de servicios de salud que de preceptos legales o deontológicos.

La sociedad civil en la que juegan papales intercambiables tanto médicos como pacientes ha empujado hacia la creación de conciencia acerca de los derechos humanos. Ambos protagonistas deben lograr por legitimar y hacer valer su obligación-derecho entorno a la dignidad del ser humano enfermo y quizás, como apuntaba el doctor

Manuel Velasco Suárez, no sea suficiente la buena fe para que la moral y la deontología profesional resulte operante, sino que sea ya mandatario legislar acerca de la responsabilidad haciendo figura el impacto de la jurisprudencia de los actos médicos quirúrgicos y reglas sobre instituciones biomédicas.

4.4.4 La propuesta de la bioética médica.

En el futuro, no hay duda de que el proceso de cambio legislativo continuará, y que cada vez se incrementara más la gestión autónoma de la vida y la muerte y por lo tanto del cuerpo, por parte de los ciudadanos. En principio nadie puede definir lo que es una muerte digna más que el propio paciente. Y es obligación moral de la sociedad entera y más en concreto del sistema sanitario permitir que los pacientes tengan una muerte digna, de acuerdo con su propio concepto de la dignidad. Esto no será siempre posible, pero su se debe promover al máximo.

La medicina actual con las nuevas tecnologías es muy cara, extremadamente cara, y por ello plantea problemas de distribución de recursos. Esto sucede claramente en todos aquellos casos en que son los propios pacientes o sus familiares quienes han de sufragar directamente los gastos. Y sucede también, aunque de modo más difuso, cuando se trata de centros sanitarios de carácter público. ¿Los criterios de eficacia, eficiencia y efectividad pueden utilizarse para limitar las prestaciones de los cuidados de los pacientes adultos mayores en etapa crítica? Y en caso de respuesta afirmativa, ¿quién puede y tiene que limitar las prestaciones? ¿Deben ser los médicos, o por el contrario, es cometido por los cargos directivos de las instituciones o los servicios? Últimamente se ha escrito mucho sobre el problema de la doble agencia del médico, que se produce cuando éste tiene que compaginar dos finalidades que en ciertas situaciones pueden llegar a ser contradictorias, la de búsqueda del mayor beneficio del paciente y la de ahorro de recursos. La cosa se complica aun más cuando se intenta incentivar económicamente al profesional en proporción al ahorro conseguido, pues en ese caso ya no se trata de una doble sino de una triple agencia.

Todos estos problemas éticos han generado en las últimas décadas un autentico aluvión de estudios y propuestas. Se han intentado establecer criterios de ingreso a terapias críticas, de retirada de tratamiento, de maniobras de no reanimación, etcétera al paciente adulto mayor. Ninguno ha conseguido una aceptación total. Y ello no por asar.

Es inútil pensar que en éste tipo de problemas pueden alcanzarse soluciones definitivas, matemáticas. La racionalidad ética no es nunca apodíctica sino prudencial. La prudencia es el arte de tomar decisiones racionales en situaciones de incertidumbre. La incertidumbre no esta reñida con la prudencia. Más aun, puede asegurarse que la búsqueda de la certeza es en este tipo de asuntos por principio imprudente. La ética exige reflexión, buena voluntad y prudencia. Nada más, pero también nada menos.¹⁵

Conflictos aun no resueltos como las límites de la competencia capacidad de los enfermos en situación crítica, las decisiones de no instauración/retirada de soporte vital y sus posibles diferencias la escasez de recurso frente a una demanda que les excede

¹⁵ Gracia, Diego. Catedrático de Historia de la Medicina, director del Master en Bioética, Universidad Complutense de Madrid.

etcétera, son campos que cada vez ocuparan mayor parte de nuestro tiempo. Tanto es así, que se ha dicho que cuando quiera que nos encontramos ante la necesidad de utilizar expresiones como “deberíamos, debemos o estamos obligados a”, nos encontramos en presencia de un “momento ético”, es decir, una situación en la que la toma de decisiones, tanto si se refieren a la mera asistencia, investigación o docencia, deben hacerse al amparo de un planteamiento ético, o lo que es lo mismo, los principios éticos deben jugar un papel fundamental en esa toma de decisiones.

En resumen, los conflictos entre los valores de los pacientes adultos mayores, los profesionales y la sociedad forman parte habitual de la práctica de la medicina actual con tecnología de punta y por ello, los conocimientos y la metodología para enfocar los dilemas éticos deben incorporarse a su perfil profesional, conviniendo con los fundamentos fisiopatológicos de las situaciones que amenazan la vida o las habilidades para aplicar las medidas de soporte vital. Ello contribuirá, sin duda, a mejorar la calidad de la asistencia al paciente adulto mayor gravemente enfermo.

Las decisiones tomadas sobre los ancianos graves o críticos a menudo crean problemas éticos en la práctica profesional. Afortunadamente, el tiempo dedicado a su racionalización, especialmente cuando es compartida con otros especialistas, paciente adulto mayor o familia, suele solventar y desdramatizar la mayoría de los conflictos. Las buenas decisiones deben sujetarse a tres requisitos recordados nemotécnicamente por la regla de las erres de forma que sean racionales, rentables y respetuosas. Una asistencia geriátrica intensiva proporcionada debería buscar los siguientes objetivos: a) no interferir en el fallecimiento biológico natural (principio de beneficencia); b) evitar la aplicación de tratamientos y entornos no deseados (principio de autonomía); c) evitar los gastos humanos y de recurso públicos derivados de la futilidad mediante la indicación de tratamientos de eficacia probada para aquellos componentes patológicos agudos potencialmente reversibles (principio de justicia y de no maleficencia).

Es decir, plantearse hacer aquello que se deba y no lo que se pueda.

Las probabilidades de éxito terapéutico en etapa crítica son directamente proporcionales a la buena preselección de pacientes ancianos. Cada uno requerirá una evaluación individualizada que comenzara por el análisis detallado de una buena historia clínica y el planteamiento de unos objetivos terapéuticos racionales deseablemente establecidos conjuntamente con los otros facultativos habitualmente responsables del paciente adulto mayor.

Más que la edad, se valorará el estado de salud previa, la calidad de vida actual y esperable (la mejor opción sobre ambas es siempre la del propio paciente adulto mayor) y la severidad del proceso actual. Si hay oportunidad, conviene reforzar el pronóstico clínico de severidad con el aval cuantitativo intencional que proporcionan los sistemas de medición de gravedad habituales, a sabiendas de su utilidad para la evaluación de grupos patológicos y su limitado valor para las decisiones individuales. Una detallada información del plan terapéutico a la familia suele evitar la posterior aparición de malos entendidos. Se debe contemplar la posible existencia de directrices previas obrando en conciencia dado que actualmente carecen de valor legal.

Por el contrario y transportando a la racionalización asistencial del anciano crítico mediante probabilidades pronosticas, si tiene valor medico el principio legal de *in dubio pro reo*, debiéndose proceder ante la duda a favor del paciente adulto mayor.

En gran similitud con la asistencia pediátrica, en geriatría se deberá poner especial cuidado en optimizar las condiciones de entorno y relación, en afirmar al máximo las indicaciones farmacológicas y en aplicar los procedimientos menos agresivos. La nutrición debe ser precoz y preferentemente parenteral, las indicaciones quirúrgicas regladas en lo posible y la información a la familia continua, objetiva y exquisita. Se prestara tal atención a la integridad de la piel y a los cuidados posturales. En los resultados de los tratamientos se debiera distinguir claramente los espejismos irrelevantes de sus efectos parciales (p.e. reducir algo la hipertensión intracraneal de los beneficios reales que se manifiestan en la persona como un todo, recuperar la conciencia). Su evaluación debiera de ser dinámica lo que significa un seguimiento diario de la eficacia procediendo a la suspensión racional cuando se demuestran ineficaces. Conviene recordar que en virtud de la potente farmacología moderna siempre hay un tratamiento eficaz sustitutivo en la última circunstancia el paliativo. Y que siendo mucho más frecuente en el muy anciano el fallecimiento natural que la parada accidental, difícilmente están indicadas en las maniobras de RCP. Cumplir con estos requisitos en orden a evitar la futilidad y humanizar las agonías, puede suponer un cambio de actitud mentalidad, y organización que, según han demostrado recientemente el estudio SUPPORT, no se consigue fácilmente. En casos especialmente conflictivos se debe recurrir a la consulta y mediación del comité hospitalario de ética asistencial. Conviene saber que no existen referencias de fallos judiciales en contra de actuaciones médicas avaladas por tales comités.

Ante situaciones de irreversibilidad y/o fracasos terapéuticos se debe indicar o al menos ofertar el tratamiento a otras áreas hospitalarias que supongan un mejor entorno humano para el anciano que el del hospital. Los tratamientos paliativos mantiene su eficacia fuera de la unidad, especialmente si se prescriben y razonan por escrito en nuestro informe de alta.

En la actualidad se sigue investigando posibles modelos predictivos pronósticos dirigidos a evitar la futilidad y el despilfarro de recursos.

Posiblemente serán de gran ayuda futura para la decisión crítica pero, lógicamente y por pura biovariabilidad, no debemos esperar que proporcionen la fiabilidad absoluta del oráculo. Lo que sin duda seguirá vigente en el futuro será el sencillo proceder que nos recuerda la regla de las tres eses, “sea siempre sensato”.

Si bien con la edad avanzada se gana sobradamente el derecho a morir con dignidad y de una sola vez, hay que tener presente que, en todo caso, la edad debe ser manejada por el medico como una variable científica más y nunca como un elemento de discriminación contra el anciano.

Por otro lado, la capacidad del anciano para decidir en situaciones agudas puede estar mermada o invalidada a consecuencia a factores relacionados con la demencia senil alteraciones patológicas o iatrogénicas de la conciencia y personalidad o situaciones depresivas.

Por lo demás, los ancianos aceptan su peor calidad de vida por enfermedad con mucha mayor conformidad que los jóvenes ser tratados con humanidad y determinantes cualitativos de la calidad de vida.

4.4.5 Un caso del final de la vida: paciente con hipertensión y bloqueo auriculoventricular.

Varón de 73 años, profesor universitario jubilado. Ingresó en urgencias en noviembre, remitido desde el centro de Salud de su zona, por presentar mareos, arritmia y una frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto. Antecedentes de hipertensión arterial tratada con diuréticos. Desde hace cuatro días presenta disnea que progresa a ortopnea con edemas en miembros inferiores. Se decide traslado inmediato a Unidad de Cuidados Intensivos.

Exploración física: Consciente y orientado TA:190/110. Crepitantes bilaterales. Edemas preentibiales. No se observan otras alteraciones de interés. RX tórax: cardiomegalia, redistribución vascular y patrón intersticial. ECG: bloque auriculoventricular de tercer grado a 32 latidos por minuto.

Curso clínico: Normalizada la Hipertensión arterial con vasodilatadores, el médico de la UCI le plantea la necesidad de implantación de un marcapasos, que es rechazada educadamente por el paciente tras escuchar atentamente las razones médicas para su colocación y alegar sus propias razones. Ante la desesperación del tenaz facultativo solicita el alta voluntaria, que se le concede tras escribir y firmar el paciente el documento oportuno en el que refiere tras haber sido informado de los riesgos, incluida la muerte súbita, decide rechazar el tratamiento. La familia se solidariza con el paciente y se lo lleva al domicilio el 19 de noviembre.

Reingreso: En casa presenta un episodio de pérdida súbita de conciencia de varios minutos de duración con cianosis intensa, motivo por el cual la familia le lleva a Urgencias el 20 de noviembre. En Urgencias lo trasladan a una cama del Servicio de Recuperación, dado que el paciente ha recuperado su conciencia y mantiene la misma postura, motivo por el que rechaza su ingreso en la UCI bajo esas condiciones.

Curso clínico: Presenta una parada cardíaca, instauran reanimación cardiopulmonar y avisan al cardiólogo que encuentra al enfermo entumido y sedado. Tras cinco minutos se aprecia reversión del paro a bloqueo auriculoventricular. Sabedores de la existencia de una voluntad previa, deciden mantener el tratamiento a la espera de intentar una evaluación neurológica, el destete y la extubación. Se indican “orden de no resucitación/reanimación”. La familia mantiene el apoyo a la decisión del paciente (consta en la historia una nota del cardiólogo, donde advierte que en caso contrario, se debería solicitar la intervención del juez).

Horas más tarde el paciente recupera la conciencia, aunque está bajo los efectos de los sedantes suministrados (haloperidol y valium), es extubado y tras el cambio de opinión de la familia, el paciente firma en presencia del Jefe de Guardia el permiso para el procedimiento. El documento dice textualmente “el enfermo D.XXX, consciente y orientado reconoce en mi presencia que está dispuesto a someterse al tratamiento con

marcapasos provisional si precisa y definitivo”. El documento está “firmado” por el paciente que hace un grabado y firmado por sus familiares y el jefe de guardia.

El 23 de noviembre se implanta marcapasos definitivo. Tras 24 horas de estancia en la UCI, se traslada a planta. Allí el paciente se agita, por lo que recibe haloperidol. Se requiere al psiquiatra de guardia que informa: “el paciente está somnoliento y resulta inexplorable. La familia refiere que después de los primeros mareos que presentó en el domicilio, comenzó a presentar ideas autorreferenciales de persecución, desorientación temporo- espacial, inquietud psicomotriz, insomnio y pensamiento disgregado. Juicio clínico: Delirio no filiado. Recomendación de seguimiento psiquiátrico. Posible origen isquémico”. Indica haloperidol si se agitate en gotas o vía intramuscular. No recomienda benzodiazepinas.

En el transcurso de la noche el paciente fallece.

Independientemente de los conocimientos de medicina que se tengan, es evidente que éste no es un caso de suicidio asistido, ni de eutanasia. Tampoco es en un primer momento un caso de un paciente terminal. La situación es en principio una situación aguda que tiene muchas posibilidades de ser superada a través de una intervención (colocar un marcapasos) que tiene muchas indicaciones para este caso en concreto y muy pocas contraindicaciones.

Pero el paciente alegando sus propias razones, al parecer bien argumentadas y estabilizadas en el tiempo, rechaza el tratamiento adecuado (implantarse un marcapasos) y de ese modo se convierte en un paciente terminal. Es decir, el paciente de algún modo al tomar desde sus propios valores la decisión de negarse al tratamiento, decide como consecuencia que va a morir.

Si aplicamos a este caso la metodología presentada anteriormente diríamos que el conflicto que se genera no está situado en el nivel público: el paciente no ha sido discriminado y además se le ha indicado y propuesto el tratamiento correcto para su situación.

El conflicto surge en el nivel privado. El paciente, paciente que competente y capaz, toma su decisión autónoma sin ser sometido externa o internamente a ninguna coacción. Además la familia, que probablemente conoce bien los valores del paciente, lo comprende y lo apoya. Podemos pensar que lo que ha ocurrido en este caso es que algún o algunos profesionales de la salud se sienten en la obligación moral de salvar la vida de este hombre, probablemente por que dichos profesionales poseen un código moral personal en el que el valor de la vida es superior al valor de la libertad.

En un primer momento los profesionales se sienten obligados a aceptar la decisión del paciente. Como muy bien refleja el cardiólogo en su nota de la historia, de no hacerlo deberían solicitar la autorización de un juez. ¿Por qué de un juez? Por una razón muy simple el respeto a la autonomía del paciente es a la vez un problema de justicia, pues todos tenemos derecho a que se nos respete en nuestras acciones y hasta el punto es así que nuestra legislación obliga a cualquier profesional de la salud a solicitar una autorización judicial para imponer en contra de su voluntad un tratamiento a un paciente competente e incluso incompetente si no está declarado legalmente incapaz.

Además este caso acaba mal, no porque el paciente se muera sino porque a partir de un momento se comienza a tomar decisiones éticamente incorrectas que a mi juicio, quizá no al de ustedes, van en contra del principio de absoluta consideración y respeto a este hombre. Se espera a que el paciente esté incompetente para que dé su consentimiento a la operación y así evitar llamar a un juez. Es precisamente en ese momento donde no tiene sentido aceptar la decisión del paciente. Además se hace la intervención a un momento en que ya el deterioro general del paciente es tal que probablemente las contraindicaciones de la misma superan a las indicaciones. Si esto es así, se está lesionando al paciente en su integridad física y psíquica, con lo que no se está respetando el principio de no-maleficencia, sino que probablemente se está sometiendo al paciente a un “encarnizamiento terapéutico”.

Me gustaría que no pensarán ustedes que este caso es poco habitual; desgraciadamente no es así. Los profesionales de la salud han sido formados en su mayoría en la ética hipocrática paternalista exacerbada e incluso distorsionada por la euforia de la técnica. Los médicos hipocráticos sabían bien determinar cuándo un paciente estaba desahuciado y sabían dejar de intervenir para dejar paso a otros profesionales, normalmente al sacerdote. Sin embargo las nuevas generaciones del profesional de la salud han sido formados en una idea absolutamente equivocada: la idea de que su función es vencer a la muerte, idea que cuanto menos pudiéramos considerarla irreal e incluso delirante porque el fracaso está asegurado de antemano. Si a esto añadimos, un sentido social que considera el valor de la vida en el ámbito de salud, no así en otros ámbitos desgraciadamente, como el valor supremo, sin apenas excepciones, es bastante fácil llegar a situaciones como las de este caso.

He querido presentar este caso para evitar crear la sensación de que los problemas y conflictos éticos al final de la vida son solamente el suicidio asistido y la eutanasia. El problema más frecuente a mi juicio es la falta de respeto a las decisiones, los valores y las opciones de los seres humanos sobre cómo quieren vivir el final de su existencia y el último acto de la misma, su muerte.

El “rechazo al encarnizamiento terapéutico”, la necesidad de humanizar el proceso del morir hasta el punto de considerarla en “éxito de la asistencia de la salud” y el respeto a los valores de los pacientes y en concreto el dar importancia y valor a los testamentos vitales son a mi juicio los principales retos de la bioética en la actuación con los pacientes terminales.

CONCLUSIONES

Primera.- El ser humano es un ente con infinito poder sobre su entorno, es el único animal que es capaz de adecuar o modificar su medio de acuerdo a sus necesidades. La racionalidad humana es el sustento del señorío del hombre sobre la naturaleza. En la medida en que el conocimiento científico penetra más profundamente en los secretos radicales de la naturaleza, en esta misma medida el poder del saber es más grande, pero también más ambivalente: capaz de hacer el bien o el mal; de tal forma que la voluntad o libertad individual también es parte de ese señorío. El positivismo del mundo moderno define a la persona de acuerdo a sus posibilidades de razonamiento, el contenido de su ser depende de la razón. Este racionalismo ha permitido hasta nuestros días inigualables avances científicos y técnicos, pero paradójicamente, ha soslayado reflexiones ético-filosóficas de vital importancia, como el de la dignidad humana.

Segunda.- Si bien Potter fue quien en 1970 le dio el nombre a la bioética, existieron tres factores o momentos históricos que propiciaron su nacimiento y su exponencial desarrollo: la medicina hipocrática, el paternalismo médico y los inimaginables avances científicos del siglo XX. Los elementos propios de cada uno de ellos, no deben ser anulados, sino interpretados en el contexto de la medicina actual. La medicina hipocrática aporta la idea de excelencia, es decir, el deber del médico de ajustar sus conocimientos con su conducta moral, más que por una exigencia legal, por una necesidad ética. En este sentido el médico actual tiene que volver a ser hipocrático, no debe conformarse con un referente jurídico que guíe su actuación profesional, debe, además, desarrollar una reflexión ética. También aquí se incluye en el concepto salud al cuerpo y al alma, por lo que el médico también tenía la obligación de “orientar” al paciente en relación a su vida moral. El médico actual no debe “orientar” la vida moral de sus pacientes, sino promover la deliberación, considerándolos no sólo como cuerpo, como órgano o sistema, sino como persona con múltiples dimensiones que se ven afectadas con la enfermedad. La medicina de corte paternalista mantiene como premisa fundamental el bienestar del paciente por lo que no permite su participación en la toma de decisiones: a la autoridad científica y moral del médico le corresponde la obediencia física y moral del paciente. Sería un craso error que ante las expectativas de este siglo, el médico se mantuviera en el orden clásico de la beneficencia o buscara refugio en la idea liberal de la autonomía, y con esto no se pone en tela de duda la obligación de buscar el bien del paciente, sino el referente y el contenido de ese fin. Las respuestas a los grandes problemas de la humanidad de ayer y de hoy no suelen estar en extremos, más bien en puntos intermedios para elegir la mejor alternativa a partir de la inclusión, de la participación y del consenso. Por último, los avances científicos, sobre todo en el terreno de la medicina, fueron el detonante para las reflexiones éticas acerca de lo que estaba haciendo el hombre. El positivismo que había neutralizado estas reflexiones, sucumbe ante el vacío que experimenta esa ciencia y esa tecnología. Por ello, urge un nexo que vincule ciencia y ética, que lejos de dar preeminencia a alguna de ellas, permita su interacción: facilitando la investigación, impulsando el conocimiento científico, promoviendo valores, aportando mecanismos de toma de decisiones, dialogando con otras disciplinas, etc.

Tercera.- La dignidad es una nota constitutiva del ser de la persona, es decir, toda persona tiene dignidad en tanto que es persona. La dignidad no es un derecho que reconoce u otorga la ley, tampoco es una norma moral que puede o no tener excepciones, no es producto de un constructo social o de las cualidades biológicas o capacidades intelectuales de la persona. La ética y el derecho establecen deberes y obligaciones en relación a ella, pero no la condicionan ni la limitan, sólo aseguran que no se vea afectada por la convivencia social. Las cualidades biológicas del hombre y de la mujer por naturaleza no son iguales, las capacidades intelectuales no son iguales en la edad madura que en la vejez y, sin embargo, la dignidad es la misma en cualquier etapa de la vida, en cualquier rol o condición social, etc. La dignidad humana no está sujeta a referentes ni a circunstancias externos. Como consecuencia de lo anterior, la libertad cobra especial relevancia ya que por medio de ella la persona puede elegir lo que considera bueno o deseable de acuerdo a su escala de valores o de acuerdo a su idea propia de felicidad. La libertad en este sentido no es un hacer o no hacer, sino exige que la persona ajuste su comportamiento de acuerdo a su naturaleza humana (perfección, excelencia y felicidad) ya que de esta forma se convierte en fundamento de su dignidad y deja de ser mera característica de la persona. La dignidad es algo interno, intangible, no puede percibirse por los sentidos, por lo que la persona tiene que hacer un ejercicio de introspección que le permita conocerse y descubrirla, la persona tiene que reflexionar sobre su propia existencia para relacionarse armónicamente con su entorno, con sus semejantes y con sus circunstancias.

Cuarta.- Cuando la filosofía usa la palabra “persona” se alude a la esencia del ser humano, es pasar de un aspecto material y orgánico a las notas internas que conforman esa esencia. Atacar la dignidad de una persona es agredir el núcleo de su esencia, es agredir aquello que le permite trascender en el mundo. Son la inteligencia y la voluntad las facultades con las que cuenta la persona para lograr esa trascendencia; por tanto, privar a una persona el desarrollo de su inteligencia y el ejercicio de su voluntad constituye una violación a su dignidad, a su ser como persona. Quien busca satisfacer el placer corporal o el bienestar orgánico de otra persona limitando sus facultades, no es congruente con la naturaleza de esa otra persona. Apreciar la dignidad humana no sólo implica el cuidado del cuerpo o de la salud, sino aún más importante, lograr que el entendimiento humano sea capaz de descubrir su propia esencia valorándola y, en consecuencia, protegiendo la de los demás.

Quinta.- Es necesaria la consciencia de la existencia particular valiosa y digna sin importar las condiciones, ni la edad, ni las situaciones extremas, ni la enfermedad, nada hacer perder su carácter de valioso, de incondicional, del existir concreto. El hombre en ningún momento puede abdicar de su ser sino que debe afirmarlo incondicionalmente. Ninguna condición es capaz de definirlo plenamente. La condicionalidad lo condiciona, pero no lo constituye. La muerte como caducidad radical aquí cobra sentido ya que el ser humano, en el valor que lo constituye, está más allá de la utilidad en el presente. La esencia ontológica y la esencia ética del hombre impiden a este ser simple órgano, mero instrumento, medio para un fin... El valor a la persona, su dignidad, no debe confundirse con el valor útil que a la persona puede tener y que es diferente de su dignidad. El valor útil de un ser humano nada tiene que ver con su dignidad personal. El valor incondicional es el que la constituye, y por lo mismo es independiente del valor de utilidad. Por ello es que, por ejemplo, la dignidad permanece intacta en los desarreglos psicóticos o en la extrema ancianidad o en la

enfermedad última, y por ello es que es exigible un respeto incondicional por cada ser humano.

En esta etapa de la historia con grandes cambios en todos los ordenes y en el derrumbamiento de múltiples esquemas, ideas y formas de vida para dar paso a otras que no alcanzamos a determinar, o en todo caso, a intuir o deslumbrar, es necesario preguntar por aquello que pueda orientar al hombre, facilitándole su proyecto existencial con algo más de felicidad y bienestar. Si el hombre es protagonista de la historia aquello que pueda otorgarle una más adecuada convivencia con algo más de bienestar, tiene que ser el hombre mismo con sus actos y decisiones. Estos actos y decisiones tendrán como centro de apoyo su propia condición de ser humano. De aquí la importancia y tarea de una educación humanista en hombre del nuevo Siglo. Recordemos, el auténtico desarrollo es el que favorece el perfeccionamiento de la persona humana y el que tiene un sentido del bien común, no el que agudiza las diferencias sociales y fomenta la desintegración espiritual del hombre.

Sexta.- El fin de la vida humana encierra una gran cantidad discensos producto de lo complejo que puede resultar la toma de decisiones, por lo que el estudio de los dilemas o problemas éticos que se presentan en el envejecimiento de la persona no se puede enfocar a resolverlos de una vez por todas, la bioética de ninguna manera puede aspirar a la condición de absoluta, de modo que anule completamente cualquier reflexión posterior. El esfuerzo que exige la atención del adulto mayor hace necesario que las personas involucradas en su vida (familia), en sus cuidados (equipo de salud) y en su desenvolvimiento (sociedad) comprendan adecuadamente sus necesidades biológicas, sociales, emocionales, espirituales, etc.; que permitan la confluencia de los argumentos de las distintas posturas, su peso y sus limitaciones y; que las facultades de análisis y decisión del adulto mayor, más que soslayadas, se vean acompañadas por la intención de deliberación e integración de tal modo que se puedan tener elementos suficientes para la realización de juicios éticos que se inclinen a la prudencia y la toma de decisiones que se inclinen a la calidad.

Séptima.- Reconocer el valor intrínseco de la dignidad del adulto mayor como persona que es, necesariamente constituye una premisa fundamental en las valoraciones morales que lo involucren. Que él tenga la posibilidad de alcanzar y realización plena conforme a su dignidad es un deber que la bioética debe mantener presente en los debates morales. En todo organismo vivo está presente el proceso de envejecimiento, pero sólo la persona es capaz de ser consciente de dicho proceso. La vejez es la etapa de mayor ambivalencia: se encuentran la experiencia y conocimiento con el decaimiento físico y mental y, a la vez, el rechazo social. La ciencia en su incansable lucha contra la naturaleza no ha sido capaz de paralizar dicho proceso, su conquista se limita a ofrecer algunos años más de vida. En este sentido la filosofía ha hecho mucho más. La filosofía no ofrece la vida eterna del cuerpo humano, se enfoca en algo de mayor importancia que eso y que, aunque parezca paradójico, ha sido olvidado en los últimos tiempos: el sentido de la vida humana. En la vida tecnificada e instrumentalizante en la que nos encontramos inmersos hace falta reflexionar acerca de lo que la persona “es” y “piensa”. La ciencia poco puede hacer en relación al envejecimiento humano, les corresponde a la filosofía y la ética emerger al rescate del hombre. Mientras que la ciencia describe y lucha contra las limitaciones corporales de la persona adulta mayor, la filosofía descubre su significado de la etapa final de la vida, y la

ética nos hace recordar los deberes morales hacia el adulto mayor y los valores que deben prevalencer en toda la existencia humana.

Octava.- El envejecimiento del ser humano obedece a su condición como organismo vivo, sin embargo, ese proceso no es igual para todas las personas ya que en él intervienen factores psicológicos, biológicos, sociales, económicos, familiares y emocionales, entre otros. La vejez tiene un carácter bifronte: el individual (vida interna) y el social (vida externa). La persona como individuo desarrolla a lo largo de su vida una serie de expectativas, deseos e inquietudes con miras a realizar su proyecto de vida, en ese camino llega un momento en que sus fuerzas intelectuales y corporales no son las de antes, gradualmente se han debilitado, pero persiste en ella su facultad de autodeterminación que, aunque limitada por los factores externos, le permite seguir luchando por ese proyecto personal. La persona invariablemente inmersa en la dinámica social se ve envuelta en un conflicto existencial cuando es catalogada, en el mejor de los casos, como “adulto mayor”. La sociedad moderna parece olvidar la vida interna de la persona, más aún cuando llega a lo que culturalmente se le ha denominado “etapa final de la vida”. En la fórmula costo/beneficio/utilidad el adulto mayor es considerado como no productivo condenándolo a la muerte social sin permitir el natural equilibrio de su individualidad, de su ser persona. La edad avanzada no es, ni debe ser, parámetro de valor, de autodeterminación, de libertad o de utilidad, es decir, la persona que vive su vejez es la primera en descubrir sus limitaciones humanas, pero también es la primera en descubrir que su dignidad de persona no depende de factores externos o internos y alza la voz para que la sociedad se dé cuenta de ello para que no limite sus posibilidades de plenitud y para que la persona individualmente considerada actúe antes de que ella misma sea etiquetada de “vieja”.

Novena.- Ante la complejidad de los problemas éticos a los que se enfrentan diariamente los médicos que atienden a personas adultos mayores y ante la dinámica social producida por el impetuoso avance científico que permite alargar la vida humana, es común que no sólo ellos, sino también todo el equipo sanitario y los propios pacientes, busquen la respuesta correcta a sus interrogantes morales en los diversos ordenamientos jurídicos. Esta no es una práctica adecuada ya que la ley no es la encargada de dar contenido o sentido a las normas morales. La ley no puede reducirse a un catálogo más o menos completo de respuestas correctas y buenas ante infinidad de circunstancias relativas al acto médico. Derecho y ética son los dos grandes sistemas normativos que tiene toda sociedad, el óptimo será que ambos sigan caminos paralelos, es decir, que compartan una misma dirección pero que no lleguen a confundirse. No sólo es importante sino necesario que el derecho se pronuncie en lo relativo al cuidado y atención de los adultos mayores, ya que así asegurará que los otros particulares y el mismo Estado respeten la plenitud y dignidad de la persona. El derecho es por naturaleza y no por defecto un sistema incompleto, no se le puede exigir una hipótesis normativa para cada situación, procedimiento o intervención médica, el derecho marca los parámetros generales de actuación, el derecho sólo puede regular en lo que exista un amplio consenso social, por ejemplo: el derecho no puede decir qué entender por plenitud de la persona, ni puede definir el sentido de la vida humana, pero sí puede establecer normas protectoras de la dignidad de la persona como garantizar el acceso oportuno a la atención médica o asegurar la información y el consentimiento en el adulto mayor. Cuando el derecho llega a sus límites de actuación, comienza el terreno de la ética. La ética no se encarga del estudio de los valores (axiología) pero si le interesa que estén

presentes en el actuar de las personas. En este sentido, es importante que el médico conozca la legislación aplicable a su profesión, pero también es fundamental que tenga una sólida formación ética, éste es uno de los grandes retos que tiene la bioética médica en la actualidad: orientar al médico para que busque la excelencia en su trabajo, que en todo momento respete la dignidad de la persona promoviendo valores como la honestidad y la prudencia, que su actuación sea acorde al derecho, así como para que en caso de conflicto o de incertidumbre moral pueda ser capaz de emitir decisiones de calidad. El médico que participe en una bioética de deliberación y análisis, será un médico que actúe éticamente prudente y jurídicamente válido.

Décima.- Las decisiones médicas que se toman en la atención de los adultos mayores a menudo crean problemas éticos en la práctica profesional, pero gracias al tiempo que se dedica a su análisis y reflexión, especialmente cuando es compartida con otros miembros del equipo sanitario incluyendo al paciente y a la familia, suele solventar y desdramatizar la mayoría de los conflictos. Para que una decisión sea considerada de calidad debe ser racional, rentable y respetuosa. Una asistencia geriátrica proporcionada debe buscar los siguientes objetivos: a) no interferir en el fallecimiento biológico natural cuando éste tiene miras de ser irreversible (principio de beneficencia), b) evitar la aplicación de tratamientos y entornos no deseados (principio de autonomía), y c) evitar los gastos humanos y de recursos públicos dirigidos a la futilidad mediante la iniciación de tratamientos de eficacia probada para aquellos componentes patológicos agudos potencialmente reversibles (principio de justicia y principio de no-maleficencia). En la actual atención médica del adulto mayor es necesario reflexionar sobre aquello que éticamente se debe hacer para el cuidado de su salud, y no sólo limitarse en aquello que científicamente se puede hacer. Hay que tener presente que la edad del paciente debe ser manejada por el médico como una variable científica y nunca como un elemento de discriminación contra el adulto mayor, por lo que en todo momento se debe respetar su derecho a morir dignamente.

Décima primera.- La medicina contemporánea cuenta con sofisticados medios tecnológicos influyen en dos sentidos: por un lado permiten que el diagnóstico y tratamiento de “la enfermedad” sea más efectivo, pero paradójicamente separan al médico del enfermo, despersonalizando su relación ya que se tiende a dar mayor importancia a los medios técnicos que a la relación humana, aunque se acepte que esto no debería ser así. Esta alta tecnología puede llevar al equipo médico a ganar la batalla pero perdiendo lo que es esencial: descubrir quién es “el enfermo”, cómo puede ayudarlo a vivenciar la muerte. No pocos pacientes experimentan la gravedad de su situación porque cada vez se les visita menos, porque los médicos casi dejan de visitarles, porque los ministros religiosos les ofrecen sus servicios... No hay que olvidar que la verdad no se manifiesta sólo con palabras, sino también por las relaciones humanas, por el silencio y el visible azoramiento de los visitantes y por otros “indicadores” que el enfermo es capaz de descubrir, sospechar e interpretar. La acción médica suele centrarse en el aspecto físico del adulto mayor, en su organismo y en las funciones del enfermo, pero sus actitudes y convicciones internas escapan al diagnóstico y pronóstico. El enfermo queda sometido a una visión parcial y mutilada, ya que no puede expresar sus sentimientos más íntimos. Se olvida que no es sólo el organismo físico, sino que es toda la persona la que afronta la muerte aunque no se quiera hablar de ella porque se ha convertido en un tabú del ambiente hospitalario. La mayoría de los adultos mayores críticos sienten la necesidad de un interlocutor dispuesto a

escucharles y hablar de su muerte próxima. No se aborda el problema del desfondamiento del sentido de la existencia, que es frecuente en el paciente, y es ahí donde no se sabe ayudarle. Parece que el médico de hoy, atrapado en una serie de avances y nuevas técnicas, se ha olvidado que la persona humana es mortal. Estas circunstancias exigen que el rol del médico sea acompañar al enfermo con su presencia y su técnica en las últimas fases, como lo hizo cuando había esperanza de sanar: que no existan esperanzas de actuar en la línea del *cure*, no indica que no sigan vigentes las responsabilidades en la del *care*.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

- ✓ A. Marchesi-Carreto J. Palacios (dirs.). *Psicología evolutiva* (vol. 3). Ed. Alianza. Madrid. 1991.
- ✓ Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Trad. Gómez Robredo. UNAM. México. 1954.
- ✓ Basso Domingo M., O.P. *Nacer y Morir con Dignidad Bioética*. Desalma. Buenos Aires. 1999.
- ✓ Benachanp y Childress. *Principios de Ética y Biomédica*. Trotta Madrid. 2000.
- ✓ Blázquez, Nieto. *Bioética: La nueva ciencia de la vida estudios y ensayos*. BAC. Madrid. 2000.
- ✓ Bloch, Ernest. *Derecho natural y dignidad humana*. Aguilar. Madrid. 1980.
- ✓ Buchan A. Broca; D.W Daniels N. y Wiktern. *Genética y Justicia*. Española. Madrid 2002.
- ✓ Bujo, Benezet. *Ética y envejecimiento en África*. 1991.
- ✓ Cabrillo Francisco-Cachafeiro, M. Luisa. *La revolución gris*. DRAC. Barcelona. 1990.
- ✓ Callahan, Daniel. *Ética, vejez y tecnología*. 1991.
- ✓ Carlos Santiago, Nino. *Ética y Derechos Humanos*. Astrea. Buenos Aires. 1989.
- ✓ Casado, María (Coord.). *Estudios de bioética y derecho*. Tirant lo blanch. Valencia. 2000.
- ✓ Casado, María (Coord.). *Hacia una concepción flexible de la bioética*, en *Estudios de bioética y derecho*. Tirant lo blanch. Valencia. 2000.
- ✓ Casado, María. *Bioética, derecho y sociedad*. Trotta. Madrid. 1998.
- ✓ Castan Tobeñas, José. *Los derechos de la personalidad*. Reus. Madrid. 1952.
- ✓ Castro y Bravo, Federico de. *Los llamados derechos de la personalidad*. Madrid. 1959.
- ✓ Chalmeta Olasco, Gabriel. *Ética especial el orden ideal de la vida buena*. Iniciación Filosófica (EUNSA). Universidad de Navarra. España. 1996.
- ✓ Chesnais, Jean Claude. *El proceso de envejecimiento de la población*. Celade. Santiago de Chile. 1990.
- ✓ Cepal. *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*. Santiago de Chile. 1997.
- ✓ Ciccone, Lino. *Bioética: Historia, principios y cuestiones*. Palabra. Madrid. 2005.
- ✓ Clavel, Juan Masiá. *Bioética y antropología*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 1998.
- ✓ Coll, Pilar. "... y en la vejez seguirán dando fruto". 1996.
- ✓ Cortina, Adela. *Ética de la Empresa. Claves para una Cultura Empresarial*. Trotta. Universidad de Valencia, España.
- ✓ Cortina, Adela. *Ética mínima, introducción a la filosofía práctica*. Tecnos. Madrid. 1986.
- ✓ Cortina, Adela. *La ética de la sociedad civil*. Anaya. Madrid. 1995.
- ✓ Cupis, Adriano de. *El derecho de la persona*. Giuffrè. Milán. 1973.
- ✓ Durand, Guy. *La bioética*. Desclee brouwer. Bilbao. 1992.
- ✓ Elizarrri Basterra, Francisco Javier. *Bioética*. Sablo. Madrid. 1999.
- ✓ Fracapani de Cuitiño, Marta Et. Al. *Bioética: Limitaciones en el Tratamiento*. Argentina. Lumen. 1997.
- ✓ Freicgla, Joseph. *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Ed. Antropos. Barcelona. 1992.

- ✓ Gafo Fernández, Javier. *10 Palabras clave en bioética*. Verbo Divino Estella. Navarra. 1993.
- ✓ Gafo Fernández, Javier. *Problemas Éticos de la Manipulación Genética*. Paulinas. Madrid. 1992.
- ✓ Gafo, J. (ed.). *Ética y ancianidad*. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1995.
- ✓ Garay, José. Humanismo geriátrico, en M. García (comp.). *Medicina y sociedad*. México. 1997.
- ✓ Garza Garza, Raúl. *Bioética, la toma de decisiones en situaciones difíciles*. Trillas. México. 2000.
- ✓ Gis Pert Oquello, Jorge. *Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica*. Manual Moderno. México. 2000.
- ✓ Goi Kocorea, María de Jesús. *Introducción a la Bioética*. Bilbao. 1999.
- ✓ Gómez Caffarena, José. *El Cristianismo y la Filosofía Cristiana. Historia de la Ética*. Edit. Victoria. Vol. I. Barcelona. 1988.
- ✓ Gómez Rubí, J.A.; Abrizanda Campos. R. *Medicina crítica, práctica bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico*. Auroch. 1999.
- ✓ González V., Juliana. *El ethos destino del hombre*. Fondo de la Cultura Económica. México. 1999.
- ✓ González V., Juliana. *El poder del eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*. Paidós 2000.
- ✓ González V., Juliana. *Ética y libertad*. Fondo de Cultura Económica. México. 1997.
- ✓ Goulet, Denis. *Ética del Desarrollo*. Iepala. Colección Cooperación y Desarrollo. Madrid. 1999.
- ✓ Gracia, Diego. *Bioética clínica*. El búho. Colombia. Ética y vida. 1998.
- ✓ Gracia, Diego. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela. Madrid. 2004.
- ✓ Gracia, Diego. *Cuestión de principios*. Univesidad Carlos III de Madrid y Dykinson. Madrid. 1997.
- ✓ Gracia, Diego. *Ética en la práctica clínica*. Triacastela. Madrid. 2004.
- ✓ Gracia, Diego. *Ética en los confines de la vida*. El búho. Colombia. Ética y vida. 1998.
- ✓ Gracia, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. El búho. Colombia. Ética y vida. 1998.
- ✓ Gracia, Diego. *Fundamentos de bioética*. EUDEMA. Madrid. 1989.
- ✓ Gracia, Diego. *Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica*. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. 1990.
- ✓ Gracia, Diego. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. EUDEMA. Madrid. 1991.
- ✓ Gracia, Diego. *Profesión médica: investigación y justicia sanitaria*. El búho. Colombia. Ética y vida. 1998.
- ✓ Gracia, Diego. *Toma de decisiones en el paciente menor de edad*. Medicina Clínica. Vol. 117. No. 5. España. 2001.
- ✓ Guzmán Valdivia, Isaac. *Humanismo trascental y desarrollo*. Limosa. México. 1999.
- ✓ H. Aréchiga-M. Cerejudo (coord.). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. Edit. Siglo XXI. México 1999.
- ✓ Ham Chande, R. *El envejecimiento una nueva dimensión de la salud en México. El siguiente reto de la transición demografica*. Porrúa. México. 2003.

- ✓ Hans, Jonas. *El principio de la responsabilidad ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder. Barcelona. 1995.
- ✓ Hernández Arriaga, Jorge Luis. *Ética en la investigación biomédica*. Manual Moderno. México. 2000.
- ✓ Kant, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Sígueme. Salamanca. 1995.
- ✓ Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Porrúa. México. 1996.
- ✓ Karl, Jaspers. *Psicología de las Concepciones del Mundo*. Trad. Manzano Marín Cabeto. Ed. Giredes. Madrid. 1967.
- ✓ Kriele, Martín. *Liberación e ilustración: defensa de los derechos humanos*. Herder. Barcelona. 1982.
- ✓ Kuthy Porter, José Et. Al. *Temas actuales de Bioética*. México. Porrúa. 1999.
- ✓ Laín Entralgo, Pedro. *La medicina hipocrática*. Alianza. Madrid. 1970.
- ✓ Laroest, Jacques. *Introducción a la gerontología*. Herder. Barcelona. 1991.
- ✓ Legaz y Lacambra. *La Noción Jurídica de la Persona Humana y los Derechos del Hombre*. Revista de estudios políticos. XXXV. 1951.
- ✓ Lifshitz G, Alberto. *La Revolución de la Bioética su influencia sobre la ética médica*. Med. Int. Mex. 2002.
- ✓ Mananzan, Mary John. *Religión, cultura y vejez: perspectivas en Asia*. 1991.
- ✓ Martínez Gómez, Luis. *De la Dignidad del Hombre, Pico della Mirándola*. Editorial Nacional. Madrid. 1984.
- ✓ Martino Navarro, Emilio. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Trotta. Madrid. 2001.
- ✓ Michel Fedenco Sciacca. *El Hombre ente desequilibrado*. Trad. Juan J. Ruíz Cuevas. Ed. Miracle. Barcelona. 1958.
- ✓ Mirándola, Pico della. *Discurso sobre la Dignidad del Hombre*. Instituto de Ciencias de la Educación. Barcelona.
- ✓ Monge, Miguel Ángel. *Ética, salud y enfermedad*. Palabra. Madrid. 1997.
- ✓ Moragas, Ricardo. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Herder. Barcelona. 1998.
- ✓ Nicol, E. *La Primera Teoría de la Práxis*. UNAM. México. 1978.
- ✓ O.N.U. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. New York. 1983.
- ✓ Peces-Barba Martínez, Gregorio. *Derechos fundamentales*. Guadiana ed. Madrid. 1973.
- ✓ Pellegrino. E. *The metamorphosis of medical ethics. A 30-year restrospective*. JAMA 1993.
- ✓ Pérez de Oliva. *Diálogo de la Dignidad del Hombre*. Compañía Iberoamericana. Las 100 mejores obras de la literatura española. Vol. XXXII. Madrid.
- ✓ Pérez Luño, Antonio Enrique (ed.). *Derechos humanos y constitucionalismo ante el tercer milenio*. Marcial Pons. Madrid. 1996.
- ✓ Platón. *Laws*. New Jercey. Princeton University. 1978.
- ✓ Polaino Lorente, Aquilino. *Manual de bioética general*. RIALP. Madrid. 2000.
- ✓ Polo, Leonardo. *Quién es el hombre: un espíritu en el mundo*. Rialp. Madrid. 1991.
- ✓ R. Tuirán (coord.). *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*. CONAPO. México. 2001.
- ✓ Redondo, Nelida. *Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos*. Humanitas. Buenos Aires. 1990.
- ✓ Ruiz, J.; Octavio Delpi, Santiago. *Humanismo, ética y sociedad*. Paul. España. 2001.

- ✓ San Martín, H. *Epidemiología de la Vejez*. Ed. Inter-Americana-McGraw Hill. Madrid. 1998.
- ✓ San Martín, Hernán. *Envejecimiento Individual y de la Población*. España. 1994.
- ✓ Sánchez de la Torre, Ángel. *Teoría y experiencia de los derechos humanos*. Gregorio del Toro ed. Madrid. 1968.
- ✓ Sánchez Torres, Fernando. *Catecismo de ética médica*. Herder. Barcelona. 2000.
- ✓ Sánchez, Carmen. *La intimidación y el secreto médico*. Díaz de Santos. Madrid. 2000.
- ✓ Schettino Macario. *Propuestas para elegir un futuro México en el Siglo XXI*. Edit. Océano. México. 2000.
- ✓ Sciacca, Michele Federico. *El Hombre ente desequilibrado*. Trad. Juan J. Ruíz Cuevas. Ed. Miracle. Barcelona. 1958.
- ✓ Sgreccia, Elio. *Manual de bioética*. Diana. México. 1996.
- ✓ Singer P. *Ética Práctica*. Cambridge University Press. 1995.
- ✓ Spaemann, R. *Felicidad y Benevolencia*.
- ✓ Thomasma, David. *De la vida a la muerte ciencia y Bioética*. Cambridge University Press. Madrid. 2000.
- ✓ Tomás de Aquino. *Summa Teológica*. Espasa-Calpe. Madrid. 1973.
- ✓ Tristram Engelhardt, H. *Los fundamentos de la bioética*. Paidós. Barcelona. 1999.
- ✓ Varga Andrew, C. *Bioética, principales problema*. Paulinas. Bogota. 1988.
- ✓ Vega, José Luis; Bueno, Belén. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Ed. Síntesis. Madrid. 1996.
- ✓ Velez Correa, Luis Alfonso. *Ética médica, interrogantes acerca de la medicina la vida y la muerte*. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia. 1990.
- ✓ Vidal, Marciano. *Bioética. Estudios de bioética racional*. Técnos. Madrid. 1994.

- ✓ Becerra, Susana. *La tercera edad en Cuba: Justicia y Paz* 30 (1993).
- ✓ Caretta, Flavia. *Verso una societa di anziani: camillianum* 7 (1996).
- ✓ Galindo, Sabino. *Presente y futuro del anciano: signo de los tiempos*: (2001).
- ✓ García Ramírez, Sergio. *La Relación médico paciente: consenso y conflicto*. Revista CONAMED. Vol. 7. Num. 2. Abril–junio. 2002.
- ✓ García, Julia. *Problemas y derechos de los ancianos: justicia y paz*. (1995).
- ✓ Gutiérrez, Luis Miguel. *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención: papeles de población*. (1999).
- ✓ Juárez, Miguel. *Procesos de modernización y servicios socioculturales para la tercera edad de España*. Revista de Fomento Social 176 (1999).
- ✓ Lizaola, Mónica. *Lo difícil de ser anciano*. Justicia y Paz 30 (1999)
- ✓ Molero, Carlos. *Ancianidad y política sicial: Razón y fe* (1993).
- ✓ Rathnasabapathy, Senthil. *Materia gris: Populi* 4 (1994)
- ✓ Romo, Pablo. *Los moletik y sus derechos: justicia y paz*. (1998).
- ✓ Torres, Jesús. *¿Dónde quedó el sabio mayor?: signo de los tiempos*. (1999).
- ✓ Verdadera, Francisco. *La población en edad avanzada en el Perú: situación actual y perspectiva*: (1999).